ROCZNIK
TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO
KRAKOWSKIEGO.

Zeszyt I.
za rok 1890.

TREŚĆ:

Odczyty.

KRAKÓW,
Nakładem Towarzystwa ginekologicznego krakowskiego.

Drukarnia Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1891

ROCZNIK

TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO

KRAKOWSKIEGO.

Zeszyt I.

za rok 1890.

TREŚĆ:

Odczyty.

KRAKÓW,

Nakładem Towarzystwa ginekologicznego krakowskiego.

1891.




Biblioteka Jagiellońska
1002157983

I. Posiedzenie z dnia 30 października 1889.

Na zaproszenie Doc. Dra Marsa zgromadziło się członków 9-ciu, jak: Dr. Stanisław Braun, Dr. Maksymilian Cercha, Dr. Władysław Harajewicz, Dr. Maks. Kohn, Doc. Dr. Antoni Mars, Dr. Bogumił Skibiński, Dr. Ludwik Wiśniewski, Dr. Jan Ziembiński, Dr. A. Wilkosz, Dr. Kazimierz Smorągiewicz i wybrano na przewodniczącego Dra Wilkosza, na sekretarza Dra Brauna.

Docent Dr. Mars usprawiedliwia nieprzybycie na posiedzenie prof. Madurowicza i Doc. Jordana i zaznacza cel zebrania, to jest, aby założyć Towarzystwo ginekologiczne w Krakowie. — Dr. Kohn wyraża uznanie Doc. Marsowi za inicyjatywę co do założenia powyższego Towarzystwa. — Dr. Wilkosz poleca w imieniu zebranych ułożenie statutu Doc. Marsowi. — Przystąpiono do wyboru i wybrano: przewodniczącym: Prof Maurycego Madurowicza; zastępcą tegoż: Doc. Henryka Jordana; sekretarzem: Doc. A. Marsa; kasyjerem: Dra M. Kohna.

II. Posiedzenie z dnia 5 listopada 1889.

Przewodniczący prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 9-ciu.

Po odczytaniu protokółu I. posiedzenia przystąpiono:

1) do określenia stosunku towarzystwa do towarzystwa lekarskiego. — W dyskusyi zabierali głos: Doc. Mars, Doc. Jordan i Dr. Kohn i uchwalono: aby Towarzystwo ginekologiczne było Towarzystwem odrębnem z własnym statutem, ale nieprzeszkadzało

członkom należeć do obu Towarzystw i miewać w nich odczyty; nadto, przewodniczący ma oświadczyć Towarzystwu lekarskiemu, że założone Towarzystwo ginekologiczne nie stoi w sprzeczności z celem i zasadami Towarzystwa lekarskiego.

2) Doc. Mars radzi, aby za porozumieniem się przewodniczącego z redaktorem, „Przeglądu Lekarskiego“ umieszczać krótkie sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa w „Przeglądzie“, sprawozdania zaś obszerniejsze wydawać w odrębnym pamiętniku.

3) Przedłożony przez Doc. Marsa projekt statutu uchwalono wydrukować w kilku egzemplarzach, rozdać między członków do przejrzenia i przystąpić do debaty nad statutem na przyszłem posiedzeniu.

III. Posiedzenie z 11 listopada 1889.

Przewodniczący prof. Madurowicz. Obecnych członków 6.

Po odczytaniu protokółu z II. posiedzenia zdaje sprawę prof. Madurowicz z rozmowy z Drem Paszkowskim, prezesem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, który nic nie ma przeciw założeniu Towarzystwa ginekologicznego, nadto nadmienia, że redaktor „Przeglądu“ w tymże umieszczać będzie protokóły i prace Towarzystwa. Obaj proszą o oficyjalne zawiadomienie na posiedzeniu najbliższem Towarzystwa lekarskiego i redakcyi „Przeglądu“ o założeniu Towarzystwa ginekologicznego.

Doc. Dr. Mars przedstawił aparat Skutscha zmodyfikowany przez siebie do wyparzania narzędzi przed operacyją, który zebranie uznało za prosty i praktyczny.

Wreszcie przystąpiono do debaty nad statutem przedłożonym w projekcie przez Doc. Marsa, z powodu zaś spóźnionéj pory odłożono resztę debat do następnego posiedzenia.

IV. Posiedzenie z dnia 22 listopada 1889.

Przewodniczący prof. Madurowicz. Obecnych członków 8.

Po odczytaniu protokółu z ostatniego posiedzenia przystąpiono do wyboru 2-go sekretarza i wybrano nim Dra Stanisława Brauna. Nastąpiło ostateczne zredagowanie statutu Towarzystwa, który przedrukowany w 5-ciu egzemplarzach i ostemplowany, polecono przesłać odpowiednią drogą do zatwierdzenia c. k. Namiestnictwu we Lwowie.

V. Posiedzenie z dnia 3 grudnia 1889.

Przewodniczący prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 10.

Po przyjęciu do wiadomości protokółu z ostatniego posiedzenia przystąpiono do porządku dziennego:

Kol. Mars zawiadamia, że podanie o zatwierdzenie Towarzystwa ginekologicznego razem z pięcioma egzemplarzami statutu odesłano do Lwowa.

Kol. Przewodniczący czyni wniosek, aby wkładki członków były składane na ręce podskarbiego od chwili założenia Towarzystwa począwszy (8 zła. według statutu), co zebranie uchwaliło.

Nadto upoważniło zebranie przewodniczącego, aby oficyjalnie zawiadomił Towarzystwo lekarskie i redakcyję „Przeglądu“ o założeniu Towarzystwa ginekologicznego.

Kol. Mars miał następnie odczyt: „Przypadek wynicowania i wypadnięcia pęcherza moczowego powikłanego porodem.“

„Przypadek wynicowania i wypadnięcia pęcherza moczowego u kobiety, powikłany porodem podał **Docent Dr. A. Mars.**

Wypadnięcie wynicowanego pęcherza moczowego przez cewkę moczową na zewnątrz opisują autorowie pod nazwą: *Inversio vesicae urinariae cum prolapsu* (*Exocystis, Cystoptosis*). Stan ten chorobowy napotykamy wyłącznie u kobiet i należy on do zmian bardzo rzadko się przydarzających. Wielu autorów w podręcznikach podaje tylko nieznaczne wzmianki, a niektórzy nawet jak n. p. Antal w najnowszéj swéj monografii o chorobach dróg moczowych wcale nie wspominają o tem cierpieniu, Winckel (*Deutsche Chirurgie* Lief. 62 str. 96) poświęca temu przedmiotowi więcéj uwagi, zestawia literaturę i wylicza przypadki znane, a podane przez Meckela, Streubela, Nöela, Haëna, Weinlechnera, Olivera, Crossego, Thomsona i Percyego, omawia stosunki anatomiczne, objawy, rozpoznanie i leczenie.

W grudniu 1888 r. zostałem wezwany na naradę lekarską do Krzeszowic do położnicy, którą miał pod opieką kol. Stawowski, a do któréj Dr. Dura już poprzód i wraz ze mną był na naradę proszony. Pacyjentkę widziałem dwa razy, przebieg zaś obserwowali Dr. Dura i kol. Stawowski, którzy mi szczegółów,

dotyczących wywiadów, jak niemniéj i późniejszego przebiegu łaskawie udzielić raczyli.

M. O., 25 lat licząca, żona piekarza, w młodości zawsze zdrowa, pierwszy raz rodziła przed 2-ma laty zupełnie prawidłowo. Mniéj lub więcéj w rok po tym porodzie zauważyła, że z pomiędzy warg sromowych występuje jéj od czasu do czasu guz, szczególniéj podczas natężającéj pracy, podczas gdy dźwigała cięższe przedmioty, podczas oddawania moczu i stolca. Guz ten mógł dochodzić wielkości śliwki, był niebolesny, ilekrotnie się jednak pojawił, następowało utrudnienie w oddawaniu moczu. Zrazu ustępował guz po silnym i głębokim wdechu, późniéj jednak to niewystarczało i chora musiała go sobie palcem odprowadzać, co się jéj zwykle łatwo udawało. Ponieważ, prócz nadmienionych dolegliwości innych niedoznawała, a mężowi przyznać się do cierpienia niechciała, przeto też i rady lekarskiéj wcale nie zasięgała. W końcu lutego 1888 r. ostatni raz miesiączkowała, poczem druga ciąża rozwijać się poczęła. Podczas ciąży guz pomieniony wysuwał się daleko częściej z pomiędzy warg sromowych, zawsze jednak dawał się palcem napowrót z łatwością odprowadzić. Po za tem ciąża przebiegała prawidłowo. Dnia 1-go grudnia tegoż roku urodziła dziecię płci męskiéj, duże, silne, zdrowe. Poród na pozór nieokazywał żadnych ważniejszych zboczeń, był jednak, jak chora podawała, cięższym od pierwszego. Pierwsze bóle wystąpiły dnia 30 listopada o go dzinie 10-téj wieczorem, były zrazu rzadkie i słabe, późniéj silniejsze. W 12 i pół godzin ujście zewnętrzne macicy było zupełnie rozwarte. Od chwili rozwarcia zupełnego ujścia zewnętrznego macicy chora poczęła silnie przeć podczas bólu, o $^3/_4$ na 12-tą pękł pęcherz płodowy i odpłynęła nieznaczna ilość wody płodowéj, a w kilka minut za jednym bólem wystąpiła główka przed części rodne i nastąpił poród. Łożysko całkowite odeszło niebawem. Po porodzie oddawała chora mocz bez żadnych dolegliwości dobrowolnie. Dnia następnego o godzinie 9-téj rano, czyli w 21 godzin, po porodzie, zauważyła chora, że z pomiędzy warg sromowych występuje guz, tym jednak razem znacznie większy, aniżeli kiedykolwiek. Próbowała robić głębokie wdechy, starała się palcem, jak dawniéj, guz odprowadzić, jedno i drugie jednak nie prowadziło do celu. Niebawem po wystąpieniu guza pojawiło się parcie bolesne na mocz i niemożność oddawania takowego, któreto objawy zniewoliły chorą do wezwania pomocy lekarskiéj. Zawezwany kolega znalazł guz pomieniony między wargami sromowemi i rozpoznał w nim częściowo wypadły przez cewkę moczową pęcherz moczowy. Obok guza zaprowadził cewnik do pęcherza moczowego i odprowadził znaczną ilość

moczu, poczem macica poprzód dnem wysokości pępka sięgająca, zstąpiła na dół do wysokości połowy odległości między pępkiem a spojeniem kości łonowych. Następnie próbowano, czy się guz nieda odprowadzić, co się jednak nie udało, tylko spostrzeżono, że pod uciskiem palców guz zmniejszał swoją objętość i stawał się mniéj napięty, po zwolnieniu jednak ucisku palców wracał do pierwotnego stanu. Ani podczas pierwszego badania, ani późniéj, odpływu z części rodnych, odpowiadającego odchodom połogowym, prawie niespostrzegano. Na razie zalecono okłady zimne na powierzchnią guza i zawezwano mnie do choréj. Wieczorem tego samego dnia widziałem chorą po raz pierwszy: osoba silnie zbudowana i bardzo dobrze odżywiona, skóra wilgotna, miękka, ciepłota ciała 37·6, tętno 84. Organa klatki piersiowéj zdrowe. Przez powłoki brzuszne, bardzo grubą podściółką tłuszczową podszyte, podczas dotyku bolesne, można wyczuć na trzy palce poniżéj pępka dno macicy, zresztą wynik ujemny. Z pomiędzy warg sromowych występuje guz wielkości jaja kurzego, o powierzchni pokrytéj błoną śluzową z wejrzeniem aksamitnem. Od strony cewki moczowéj zabarwienie jego było żywo czerwone, po stronie zaś więzadełka ciemno-czerwone, gdzieniegdzie sinawo plamiste. Oglądając guz ze wszech stron dokładnie, żadnego przewodu na nim nie znalazłem. Guz ten kształtu mniéj lub więcéj kulistego dawał się po bokach i od tyłu obejść swobodnie palcem, od przodu zwężał się nagle w szypułkę grubości palca wskazującego, na któréj występował ze znacznie rozszerzonego ujścia cewki moczowéj. Ujście cewki moczowéj było guzem zakryte. Przy dotyku guz był bolesny, elastyczny, niewyraźnie chełboczący, miernie napięty tak, że robił wrażenie torbiela o ścianach grubych, nacieklych, zbitych. Pochwa szeroka, gładka, a przez przednią jéj ścianę czuć po za spojeniem kości łonowych podłużne, na palec co najmniéj grube ciało, odpowiadające rozdętéj cewce moczowéj. Część pochwowa macicy dobrze zwinięta nie okazuje nic osobliwego. W przedniem sklepieniu pochwowem wyczuć można dalszy ciąg części pochwowéj, a tem samem macicę w prawidłowem przodo-pochyleniu ułożoną. Sklepienia boczne i sklepienie tylne wolne. Tak w pochwie, jak i na powierzchni guza nieznaczna ilość śluzu. W celu dalszego badania wprowadziłem cewnik metalowy do pęcherza, przyczem odpłynęło trochę moczu mętnego; następnie, aby oznaczyć, jak wysoko sięga szypułka guza, starałem się wprowadzonym cewnikiem obejść ją w cewce do okoła, co mi się w zupełności udało.

W obec tych danych rozpoznano zgodnie wypadnięcie wynicowanego pęcherza moczowego, o ścianach nacieklych skutkiem powstającego zagłobienia, i postanowiono go odprowadzić.

W celu odprowadzenia objąłem guz końcami palców ręki lewéj od dołu i uciskając miernie w kierunku cewki moczowej, starałem się tym sposobem jużto napięcie guza i pojemność jego zmniejszyć, jużteż zmniejszony odprowadzić. Po kilku minutach guz zmniejszył się może o trzecią część swéj objętości, tracił napięcie i elastyczność, ściany układały się w grube fałdy, odprowadzić się jednak żadną miarą nie dawał. Wśród tego zabiegu doznawałem wrażenia, jakoby guz się jakiejś treści pozbywał, same jednak ściany pozostawały na zewnątrz cewki moczowéj i nawet części jéj najbliżéj położone wcale się do niéj nie wsuwały. Miarkując z grubości fałdów, w jakie się ściany guza układały, a co wśród przesuwania ścian na sobie łatwo czuć można było, grubość ich musiałem ocenić co najmniéj na pół centymetra. Nadto podczas przesuwania ścian na sobie dokładnie czuć mogłem, że wewnątrz guza gładkie powierzchnie na sobie się przesuwają. Po usunięciu palców guz powiększał się natychmiast do rozmiarów pierwotnych. Gdy powtórna próba w sposób opisany do celu nie prowadziła, próbowałem sposobu podanego przez Winckla (l. c. S. 99), aby uciskać za pomocą palca lub grubego cewnika część guza najniżéj położoną, a tem samem tą, która najpierw wypadała. Odprowadzenie tym sposobem również się nie udało. Wówczas stojąc po lewéj stronie łóżka ująłem cały guz od dołu w palce ręki lewéj koszyczkowato ułożone i uciskałem go lekko ku środkowi i w kierunku ujścia cewki moczowéj. Gdy się guz znów nieco zmniejszył i ściany pofałdowały, począłem palcem wskazującym ręki prawéj, ułożonéj na wzgórku sromowym, posuwać części guza najbliżéj szypułki położone w kierunku ujścia cewki moczowéj. Tym sposobem udało mi się bardzo łatwo guz odprowadzić. Krwawienia wśród zabiegu nie było wcale. Chcąc daléj zbadać, jak się zachowuje guz odprowadzony i cewka moczowa, wprowadziłem palec wskazujący bez żadnego oporu przez cewkę do jamy pęcherza. W pęcherzu końcem palca nic wyczuć nie mogłem. Cewka moczowa przedstawiała się jako przewód szeroki, dla palca swobodnie drożny. Okolica ujścia wewnętrznego cewki moczowéj rozszerzała się lejkowato ku jamie pęcherza, i po chwili dopiero czuć można było, że ujście wewnętrzne cewki moczowéj poczyna się zwolna kurczyć. W miarę kurczenia się cewki wysuwałem zwolna palce, a nie mając pod ręką cewnika elastycznego, założyłem za pomocą sondy pasek gazy jodoformowéj do pęcherza, któréj koniec sterczał na zewnątrz warg sromowych. Uczyniłem to w celu, jużto aby utrudnić ponowne wypadnięcie pęcherza, jużteż aby pobudzić cewkę moczową do najsilniejszego ściągania się. Na brzuch

zalecono okłady wysechające, nadto przestrzykiwania pochwy rozczynem kreoliny.

3/12 ciepłota ciała rano 38·4, tętno 94, wieczorem 38·7. Mocz sączy się z miernym bólem koło paska gazy jodoformowéj, krwawo zabarwiony, mętny. Wśród dnia lekki dreszcz, brzuch mocno wzdęty, bolesny, odbijanie, nudności, raz wymioty. Zaordynowano 6 pijawek dołem brzucha, chininę, *Aq. laurocerasi cum morphio, clysma.* Po południu wypadła gaza z cewki moczowéj, założono świeżą. Macica sięga dnem na dwa palce niżéj pępka, odchodów niema prawie żadnych.

4/12 ciepłota ciała rano 37·5, wieczorem 37 8. Brzuch mocno bolesny i wzdęty, znaczniejszy ból nad pachwiną lewą, silne bóle wśród odpływania moczu, wyjęto gazę z pęcherza i co kilka godzin odprowadzano mocz cewnikiem. Rozpoznano: *parametritis sinistra*, podano: *calomel cum laudano,* zresztą leczenie tożsamo.

5/12 ciepłota ciała rano 37·1, wieczorem 37 6. Chora czuje się względnie dość dobrze, brzuch mniéj wzdęty i mniéj bolesny. Silne bóle podczas odprowadzania moczu, stolca nie było. Odchodów połogowych niema żadnych. Mocz przenikliwéj amonijakalnéj woni, mętny, krwawy, zawierający w osadzie znaczną ilość ropy, skrzepy krwi i strzępy dość duże błony śluzowéj. Oddziaływanie moczu alkaliczne. Pod mikroskopem znaleziono kryształki fosforanu amonowo-magnowego i moczanu amonowego obok nielicznych kryształków szczawianu wapniowego, nadto ciałka ropy i ciałka krwi liczne.

6/12 ciepłota ciała rano 37·5, wieczorem 37·6. Po lewatywie bardzo obfite stolce cuchnące, odchody połogowe krwawe, skąpe. Przy odprowadzaniu moczu bardzo znaczne bóle. Przepłukano pęcherz moczowy $^1/_2$% rozczynem kwasu karbolowego. Wewnętrznie podano: *natrium benzoicum cum laudano.*

7/12 ciepłota ciała rano 37·2, wieczorem 37·4. Tegoż dnia byłem ponownie wezwany do choréj, zastałem ją widocznie zmienioną, z twarzą wystraszoną, skórą obficie potem okrytą. Brzuch bolesny więcéj po stronie lewéj, gdzie wybadać można większy opór i zbitą guzowatość odpowiadającą wypocinie omacicznéj, powyżéj już rozpoznanéj. Chora żali się na znaczne bóle podczas oddawania moczu i podczas zakładania cewnika. Odprowadzony mocz barwy ciemno-czerwono dymnéj mętny, nie przeźroczysty, przenikliwie cuchnący. Z zapachu właściwego domyślać się można, że pęcherz zawiera części zgorzelinowe, a tem samem, że najprawdopodobniéj część pęcherza, która wypadała, w całości lub częściowo uległa zgorzeli. Podano choréj *suppositoria cum laudano,* wewnętrznie: *decoctum seminum lini cum kali chlorico,*

nadto zalecono przepłukiwanie pęcherza moczowego rozczynem kwasu salicylowego, założono gruby cewnik Nélatona posmarowany maścią zawierającą kokainę.

8/12 ciepłota ciała rano 37·4, wieczorem 37·9. Na brzegu dolnym ujścia cewki moczowéj spostrzeżono małą szczelinowatą rankę na kilka milimetrów głęboką. Z powodu znacznych bólów cewnik Nélatona usunięto. Podano wodę Giesshübelską do napoju.

9/12 ciepłota ciała rano 37·8, wieczorna 38·5. Silny dreszcz, ogólne osłabienie, nudności, wymioty, czkawka. Podano w kawałkach lód, stare wino.

10/12 ciepłota ciała rano 38·2, wieczorem 37·8.
11/12 " " " 37·7, " 38·4.

Przez te dwa dni bóle wśród oddawania moczu bardzo silne. Na około ujścia cewki moczowéj gruby naciek. Wyż wymieniona ranka na dolnym brzegu ujścia cewki moczowéj pokryta wypociną szarą. Stolce bardzo częste, wolne, częścią krwawe. Upadek sił znaczny. Środki podniecające.

12/12 ciepłota ciała rano 37·5, wiecz 38·5. Stan ten sam
13/12 " " " 38·2, " 38·5.

Upadek sił bardzo znaczny, chora apatyczna, chwilowo nieprzytomna, to znów podniecona, niespokojna, zrywa się nagle, biega po pokoju, chce uciekać, bije otoczenie, majaczy. Język suchy, stolce częste wolne.

14/12 ciepłota ciała rano 38·0. Stan ten sam zrana, po południu nagle zapad i śmierć. Oględziny pośmiertne nie zostały dozwolone.

W przypadku niniejszym mieliśmy niewątpliwie do czynienia z wypadnięciem przez cewkę moczową częściowo wynicowanego pęcherza moczowego. W przypadkach podobnych podają autorowie, że rzadko tylko wypada pęcherz moczowy w całéj grubości ścian, ale że częściéj tylko sama błona śluzowa. Na okoliczność tę starałem się zwrócić uwagę podczas badania i przyszedłem do przekonania, że ściany pęcherza moczowego w niniejszym przypadku wypadały w całéj swéj grubości. Przemawiały za tem okoliczności: że grubość ścian co najmniéj na $^1/_2$ centymetra oceniłem, że te ściany były zbite, naciekłe, coby miejsca nie miało, gdyby tylko sama błona śluzowa wypadała. Nadto wymownie przemawia za tem okoliczność, że wewnętrzne ściany guza przesuwane na sobie dawały uczucie przesuwania się ścian gładkich, co zupełnie otrzewnéj odpowiada.

O ile mi była literatura dostępną, nie spotkałem przypadku, w którymby mowa była o ciąży i porodzie w podobnym przypadku, przezco przypadek niniejszy jest więcéj zajmującym, a to tem więcéj, ile że po porodzie nastąpiło tak znaczne pogorszenie cierpienia, które chora znosiła przez blisko dwa lata, niedoznając znaczniejszych dolegliwości. Zastanawiając się nad tą ostatnią okolicznością widzimy, że cierpienie to podczas ciąży prawie nie uległo zmianie i że pogorszenie nastąpiło dopiero po porodzie i dlatego przyczyny pogorszenia w tym ostatnim szukać musimy. Co do porodu samego, to chora podawała, że był cięższy, aniżeli pierwszy; nie umiała jednak dokładnie różnicy określić. Do podania tego trudno wiele przywięzywać wagi, tem więcéj, że wiemy, iż osoby rodzące często ostatni poród jako najcięższy podają, mimo, że tak nie jest, łatwo bowiem cierpienia dawniéj przebyte zapominają wobec tych, które znoszą. Faktem atoli jest, że poród trwał od chwili wystąpienia pierwszych bólów aż do wykluczenia płodu 14 godzin. Czas ten rozpadał się na okresy jak następuje: od wystąpienia pierwszych bólów do zupełnego rozwarcia szyi i ujścia zewnętrznego macicy ubiegło 12 i pół godziny od téj chwili do ukończenia porodu ubiegło 5 kwadransów, a pęcherz pękł na kilka minut przed wykluczeniem płodu. Wobec tego rozkładu czasu trwania porodu na okresy powiedzieć musimy, że okres pierwszy trwał stosunkowo długo, że w drugim okresie pęknięcie pęcherza płodowego było opóźnione, że wreszcie czas, od pęknięcia pęcherza do wykluczenia płodu, trwał bardzo krótko. Przyczyny tego niestosunku pojedynczych okresów porodowych między sobą musimy szukać w skąpéj ilości wód płodowych. Taki niestosunek dałby się zupełnie usprawiedliwić zcieśnieniem miednicy i to we wchodzie téjże, co w niniejszym przypadku miejsca jednak nie miało. Okoliczność ta, że w niniejszym przypadku było mało wód płodowych, dozwala zdaje mi się wytłómaczyć cały szereg następstw. Wiadomem jest, że w przypadkach, w których niema dostatecznéj ilości wód płodowych podczas porodu, okres rozwierania się dróg miękkich porodowych się prze-

dłuża, brak bowiem zazwyczaj formującego się pęcherza płodowego, który tę czynność pierwotnie podejmuje. Poród jest boleśniejszym, części miękkie bowiem nie w sposób łagodny podatnym pęcherzem płodowym, ale twardą główką bywają rozszerzane, na co też w niniejszym przypadku chora się żaliła. Z tychże samych powodów domyślać się należy, że ucisk na szyję pęcherza moczowego i cewkę moczową trwał dłużéj i był silniejszy, aniżeli gdyby była u téj saméj osoby dostateczna ilość wód płodowych. Cewka moczowa zaś, która uległa dłuższemu uciskowi, poprzód już rozszerzona, tem skłonniejszą być musiała do jeszcze znaczniejszego rozszerzenia, a tem samem i do pomieszczenia w sobie znaczniejszéj części pęcherza moczowego, aniżeli to kiedykolwiek poprzód miejsce miało.

Mimowoli nasuwa się pytanie: dlaczego pęcherz moczowy podczas ciąży nie wypadał tak znacznie? dlaczego nie wypadł podczas porodu? i dlaczego wypadł dopiero w 21 godzin po porodzie.

Co do pierwszego pytania, to zdawaćby się mogło, że właśnie podczas ciąży powinien był wypadać najwięcéj ze względu, że w tym czasie ucisk wśród jamy brzusznéj jest podniesiony. Odmienne zachowanie się pęcherza przypisać musimy stosunkom anatomicznym i fizyjologicznym ciąży; wiadomo nam bowiem, że wiązki podłużne mięśniowe macicy, spływające po jéj przedniéj ścianie ku dołowi, przechodzą częściowo na pęcherz moczowy. Skutkiem tego podczas ciąży, gdy macica wzrasta ku górze, gdy się wytwarza tak zwany dolny jéj odcinek, pęcherz jest pociąganym ku górze, co w niniejszym przypadku działało w przeciwnym kierunku jego skłonności do wypadania.

Co do drugiego pytania, to łatwiéj rzecz sobie można wytłomaczyć, a mianowicie podczas porodu działało równocześnie więcéj czynników, które wypadanie pęcherza moczowego powstrzymywać mogły i tak: poziome ułożenie rodzącéj w łóżku, ucisk główki płodu na części miękkie do spojenia łonowego, wreszcie znany fakt, że podczas porodu pęcherz moczowy w prawidłowych warunkach zostaje ku górze wy-

ciągnięty, w czem stosunek mięśni macicy do ścian pęcherza i ich kurczenie się niezaprzeczenie rolę odgrywają.

Co do ostatniego pytania, to rzecz może nie jest tak łatwą do wytłomaczenia, bo jeżeli osoba ta oddawała mocz dobrowolnie po porodzie, jeżeli cewka moczowa, jak wyżéj przypuszczono, do rozszerzenia się była skłonniejszą, niżeli kiedyindziéj, to pozostaje nam tylko brak działania po porodzie tłoczni brzusznéj, który nam może na to pytanie odpowiedzieć. Skoro chora bowiem była późniéj już w możności użycia tłoczni brzusznéj, wyparła sama pęcherz moczowy na zewnątrz, a ten wystąpił w daleko większym odcinku przez cewkę moczową, albowiem ta ostatnia była, jak już powiedziano, skłonniejszą do rozszerzenia się. Dlaczego chora po porodzie nie mogła wypadniętego guza odprowadzić, na to wiele powiedzieć się nieda, gdyż poprzód odprowadzała guz sama chora i wiedzieć nie można, czy odprowadzała przez cewkę moczową do pęcherza, czy też wsuwała go tylko do pochwy. W każdym razie wobec tego, że wszyscy niemal autorowie mówią o łatwem odprowadzaniu wypadniętego pęcherza, muszę przypuszczać, że skutkiem wypadnięcia znaczniejszéj części jego i powstałego ztąd utrudnienia w krążeniu krwi w jego ścianach, musiało nastąpić obrzmienie części wypadniętéj, które odprowadzenie utrudniać a nawet udaremniać mogło. Że podczas méj bytności guz był obrzmiały, to było widocznem, działo się to jednak w kilkanaście godzin po wypadnięciu.

Po odprowadzeniu pęcherza rozwinął się gwałtowny stan zapalny błony śluzowéj pęcherza moczowego, co tem łatwiéj nastąpiło, że organ ten już musiał dawniéj być cierpiącym, a wypadnięcie po porodzie, obrzmienie, zabiegi przy odprowadzaniu przyczyniły się do gwałtownego zaostrzenia téj sprawy. Następstwem tego była też sprawa zapalna około-maciczna. Sprawa ta wychodząca niewątpliwie ze ścian pęcherza lub tkanki otaczającéj, była zmianą miejscową. Do dnia 8-go po porodzie, czyli do dnia 9-go grudnia raz tylko ciepłota wynosiła 38 7°C., zawsze zresztą była prawidłową. Podniesienie się jednorazowe ciepłoty ciała odpowiadało wy-

stąpieniu wypociny. Jak się zachowywała dalej część odprowadzona, trudno stanowczo powiedzieć, jakość moczu dozwalała tylko przypuszczać, że część pewna ścian pęcherzowych musiała uledz zgorzeli, która 8-go dnia po porodzie dała powód do wystąpienia posoczniczy, której chora uległa.

Co się tyczy dalej postępowania leczniczego, to w niniejszym przypadku było to niezwykłem, że odprowadzenie wypadłej części pęcherza było tak utrudnionem. Dlaczego dotąd używane sposoby nie wystarczały, a sposób przezemnie użyty do celu prowadził, tłomaczę sobie w sposób następujący: główną przeszkodę w odprowadzeniu stanowiło ujście zewnętrzne cewki moczowej wobec obrzęku ścian wypadłej części pęcherza. Odprowadzając guz zwykłemi sposobami, wywierałem za pośrednictwem tegoż ucisk na brzeg ujścia zewnętrznego cewki w kierunku ku spojeniu kości łonowych, tym sposobem zamiast ułatwić musiałem sobie utrudnić postępowanie. Przeciwnie zaś, skorom począł palcem wsuwać guz, tuż przy jego nasadzie działając, wywierałem za pomocą palca pośrednio przez szypułkę ucisk na tylny brzeg ujści cewki moczowej w kierunku ku kości krzyżowej, przezco ujście cewki moczowej było rozszerzanem, a tem samem i odprowadzenie ułatwionem.

Cierpienie omawiane w niniejszym przypadku stało się przyczyną zejścia śmiertelnego, wprawdzie może nie samo przez się, ale skutkiem powikłania z porodem. Wobec tego sądzę, że cierpienie to u osoby, mającej warunki do zajścia w ciążę, nabiera poważnego znaczenia, i wobec nabranego w niniejszym przypadku doświadczenia, gdyby mi się przydarzył podobny przypadek u osoby, mogącej zajść w ciążę, wykonałbym otwarcie jamy brzusznej w celu, aby sztucznie utwierdzić pęcherz moczowy do wewnętrznej ściany brzucha, (*Ventrofixatio vesicae urinariae*) co sądzę łatwo bez złych następstw wykonaćby się dało, przyszywając do ściany brzusznej samą tylko uchwyconą otrzewnę okrywającą pęcherz moczowy."

W dyskusyi nad odczytem zabierali głos:

Kol. Braun tłumaczy sobie powstanie powyższego cierpienia odmiennêm napięciem mięśniowem części wypadniętéj pęcherza w stosunku do cewki moczowéj; podczas gdy część wypadnięta była porażona z powodu poprzednio odbytych porodów, — to cewka moczowa zachowała napięcie mięśniowe prawidłowe. Analogią do tego cierpienia upatruje w wynicowaniu macicy i wgłobieniu jelit gdzie mamy jedną część porażoną, drugą z tonus prawidłowym. W przypadkach chronicznego wypadania pęcherza radzi elektryzowanie prądem stałym pęcherza.

Kol. Jordan nie podziela zdania, aby do powstania wynicowania macicy, było koniecznêm odmienne zachowanie się pod względem napięcia mięśniowego części wypadniętéj i przewodu — wynicowanie bowiem macicy powstaje zwykle tuż po porodzie, kiedy szyja maciczna zjędrnieć jeszcze nie mogła. Podobnie i w tym przypadku trzeba wiełką wiotkość cewki moczowéj w następstwie porodu uważać za czynnik, który porażonéj ścianie pęcherza wypaść dozwolił. — Zabieg użyty, przez kol. Marsa do odprowadzenia uważa za bardzo właściwy; żałuje jednak, że tuż po powstaniu wynicowania nie próbowano odprowadzenia w ułożeniu choréj *à la vache*, gdyż prawdopodobnie byłoby o wiele łatwiéjsze. Zapytuje kol. Marsa, jaki rezultat wykazało opukiwanie guza wynicowanego, zgadza się z uwagą kol. Brauna co do stósowania elektryczności, — a nadto radzi w przypadkach wielkiéj wiotkości ściany cewki moczowéj zastosować na nią mięsienie według rady Thure Brandta, o skuteczności którego wielokrotnie sam się przekonał.

Kol. Kohn uważa porażenie mięśni pęcherza i cewki za moment przyczynowy opisanego zjawiska; jego zdaniem w dawniéj już u chorej pojawiających się częściowych wypadnięciach pęcherza przez cewkę znajduje poparcie tego zapatrywania a skurcz cewki winien by tylko zapobiedz wynicowaniu. — Z sposobem odprowadzenia zgadza się najzupełniéj — elektryzowania bardzoby się obawiał, mięsieniu cewki nie przypisuje w tym razie znaczenia leczniczego, a do proponowanéj przez prelegenta laparatomii i ventrofixacyi niemógłby znaleść usprawiedliwionego wskazania.

Kol. Przewodniczący nadmienia, że nie wszystkie szczegóły tego przypadku są należycie wyjaśnione; ubolewa też, że oględzin pośmiertnych w tym przypadku nie było. Wywody kol. Marsa, jakoby pęcherz wypadł w całéj grubości swych ścian, nie wydają się mu zupełnie przekonywające; ściany wypadnięte musiały być w stanie przekrwienia żylnego i surowiczo obrzęknięte, — w takim jednak razie grubość ich niekoniecznie jeszcze przema-

wia że wypadnięte są ściany w całéj grubości pęcherza. — Mogły one składać się z jednej lub kilku warstw pęcherza, ale nie ma dowodu, że złożone były ze wszystkich warstw to jest śluzowéj, tkanki łącznéj, mięsnéj i otrzewnowéj. Uczucie nadto, jakie się ma podczas przesuwania między palcami uchwyconego fałdu obrzęku, może być nadto bardzo złudne. Kol. P. nie podziela też zdania Kol. Brauna co do sposobu powstawania tego opadu, przeciwnie jest zdania że pęcherz lub warstwy jego wypadnięte musiały być wstanie porażenia a cewka moczowa jeżeli nie porażona to zawsze znacznie rozszerzona, albowiem w takim tylko stanie parcie śródbrzuszne mogło wystarczyć do wypadnięcia pęcherza. — Propozycyą kol. Marsa przyszycia w podobnych przypadkach pęcherza do ścian brzusznych uważa za bezskuteczną, sądząc, że byłoby lepiéj wyciąć kliny z cewki moczowej w wysokości przejścia cewki do pęcherza w całéj grubości cewki i brzegi zeszyć, coby pewniéj wstrzymywało wypadnięcie męcherza czyto częściowe czy też w całości.

Kol. Cercha sądzi, że u tej kobiety już dawniéj istniały warunki potrzebne do wynicowania mechęrza, podczas ciąży były mniéj pomyślne z powodu wzrostu macicy ku górze, podczas porodu zaś główka uciskająca na cewkę przeszkadzała mimo używania tłoczni brzusznéj wypadnięciu z jednéj strony, a przez ucisk sprowadzała warunki, wobec których po porodzie łatwiéj wypadła większa część mechęrza. — Po wypadnięciu pęcherza leżąca w cewce część ścian spowodowała obkurcz cewki, — i tem się tłómaczą objawy uwiązgnięcia i trudność w odprowadzeniu. Zgorzel po odprowadzeniu jest następstwem ucisku. — Sądzi, że przy odprowadzeniu dłużej trwającém lepiej byłoby osłonić błonę śluzową gazą lub płatkiem zmaczanym w płynie odrażającym byle niezgęszczonym. — Co się tyczy elektryzowania, jak radzi Kol. Braun, sądzi, że w przebiegu ostrego zapalenia męcherza jest przeciwskazane, gdyż może zaostrzyć zapalenie; zgadza się na użycie tegoż w późniejszym okresie dla wzmocnienia napięcia mięśniowego.

Kol. Wiśniewski zwraca uwagę odnośnie do wzmianki Kol. Brauna o wgłobieniu jelit, że część wgłabiająca się zachowuje, część zaś, w którą wgłobienie następuje, utraciła napięcie mięśniowe prawidłowe.

Kol. Mars nie godzi się na zdanie kol. Brauna co do sposobu powstawania wypadnięcia wynicowanego pęcherza sądząc, że do powstawania tego cierpienia konieczna jest zmniejszona kurczliwość, tak dobrze ścian pęcherza jako też i cewki moczowej, a na poparcie tego zdania przytacza okoliczność, że cierpienie omawiane przydarza się nader rzadko, coby miejsca nie

miało, gdyby zdanie Kol. Brauna było słuszne. Na pytania Kol. Jordana, czy wypuk był jawny nad guzem odpowiada, że był stłumiony, co do prześwietlania, to ze względu na stosunki topograficzne, stwierdzić takowego nie mógł. — Na faradyzacyą nie godzi się z tych samych powodów co Kol. Cercha. W odpowiedzi Kol. Przewodniczącemu, twierdzi, że aczkolwiek ściany wypadniętego pęcherza były naciekłe i w stanie zapalnym, to przecież mimo to przesuwając je we fałd ujęte między palcami, i uwzględniając ich grubość, zbitość i tarcie powierzchni wewnętrznych o siebie doznawał uczucia, że wypadające ściany stanowią całą grubość pęcherza. Myśl zwężenia cewki w celu usunięcia powtórnego wypadania podobała mu się bardzo, sądzi jednak, że gdyby takowe nie prowadziło do celu to w przypadkach możebności powikłania z ciążą i porodem przyszycie ścian pęcherza moczowego do ścian brzusznych uważałby za wskazane.

VI. Posiedzenie z dnia 7 stycznia 1890.

Przewodniczący: prof. Dr. M. Madurowicz. Obecnych członków 6.

Po odczytaniu protokółu z ostatniego posiedzenia:

1) Kol. Przewodniczący oznajmia iż na jego ręce przyszła odpowiedź z c. k. Namiestnictwa zatwierdzająca statut Towarzystwa.

2) uchwalono, aby dyskusyję nad odczytami każdy z biorących w niéj udział napisał obszernie i takowa była umieszczona w książce protokółów posiedzeń i w Pamiętnikach Towarzystwa, w streszczeniu zaś w „Przeglądzie Lekarskim“;

3) sprawy administracyjne:

Uchwalono, aby z Krakowa, Podgórza przyjmować na członków Towarzystwa ginekologicznego tylko zgłaszających się a zajmujących się ginekologiją kolegów, zaś listy zapraszające i statut Towarzystwa załączone do „Przeglądu Lekarskiego“ przesłać do wszystkich lekarzy Galicyi i Król. Polskiego;

4) Przy każdym wykładzie umieszczonym w „Przeglądzie Lekarskim“ ma być zaznaczone, że był odczytany w Towarzystwie ginekologicznem.

VII. Posiedzenie z dnia 21 stycznia 1890.

Przewodniczący: prof. Dr. M. Madurowicz. Obecnych członków 8.

---

1) Prof. Dr. Rydygier został wybrany jednomyślnie czynnym członkiem Towarzystwa ginekologicznego.

2) Uproszono kol. Przewodniczącego i kol. Marsa, aby ułożyli zaproszenia przystąpienia do Towarzystwa, mające się rozesłać lekarzom na prowincyi.

3) Uchwalono, aby uwiadomić członków Towarzystwa o posiedzeniu na tydzień wprzód w Przeglądzie lekarskim.

4) Referaty z dzieł niemieckich do Przeglądu lek. rozebrali członkowie między siebie.

5) Kol. Kohn przedstawił 2 chore:

Pierwsza chora licząca lat 30, zamężna od 5 lat, nigdy nie rodziła, ani nie roniła, i nie miała regularności. Badanie wykazuje: osobnik więcej wejrzenia męzkiego niż kobiecego, lekki zarost twarzy ciemny, który chora prawdopodobnie goli, sutki oba duże, sterczące, gruczoły mleczne dobrze rozwinięte, srom niewieści gęstym i ciemnym porostem pokryty, warga lewa duża więcej stercząca niż prawa, w głębi tejże daje się uczuć ciało wielkości włoskiego orzecha, kształtu jajowatego, obok którego biegnie twór na jednym końcu szerszy, na drugim węższy; od tego ciała odchodzi sznurek idący w przewodzie pachwinowym do jamy brzusznej. Twór ten niebolesny, twardawy przypomina najwięcej jądro z przyjądrzem i sznurkiem nasiennym. Warga sromowa prawa jest mniejszą; podobne ciało postronkowate jak w wardze lewej daje się wybadać w przewodzie pachwinowym prawym. Łechtaczka sina, gruba, dobrze rozwinięta, otoczona dwoma drobnemi fałdami skóry — przypominającemi wargi sromowe mniejsze. Na dwa palce poniżej łechtaczki ku tyłowi widać otwór, przez który pół palca małego przechodzi i wchodzi do przewodu stożkowatego, na szczycie którego znajduje się ścieśnienie, przez które cewnik żeński wypuszcza sporo moczu, prawidłowego składu. Podczas badania przez odbytnicę czuje się po stronie prawej zgrubienie mogące odpowiadać zarodkowi macicy.

W dyskusyi zabiera głos kol. Mars, który radzi przeprowadzić dokładne badanie w celu stwierdzenia: czy w cewce moczowej nie znachodzi się przewód, któryby prowadził do szczątkowej macicy i czy niedałyby się wybadać za pomocą badania zestawionego przez odbytnicę i powłoki brzuszne jajniki,

bo gdyby te się dały odszukać, nazwałby ten przypadek *hermaphroditismus verus.*

Kol. Przewodniczący uważa ten przypadek dwupłciowości za *pseudohermaphroditismus masculinus*, gdyż nikt nie wykazał jajników tylko jądra, dlatego dla pewnego rozpoznania radzi chorą wypróżnić, zachloroformować i w narkozie zbadać przez odbytnicę która obecnie jest kałem przepełniona. O zabiegu operacyjnym umożliwiającym spółkowanie nie ma mowy, bo przez rozszerzenie otworu w zaułku, który kol. Przewodniczący uważa za sinus urogenitalis, możnaby sprowadzić incontinentiam urinae.

Drugi przypadek dotyczy Augusty M., 53 lat liczącej izraelitki, wdowy, z Oświęcima, która podaje, że pierwsza regularność wystąpiła w 15 roku życia, następnie powtarzała się co 4 tygodnie, bez bólów, i trwała przez 6 dni. Rodziła raz jeden przed 23 laty, poród był lekki, w połogu miała przebyć zapalenie macicy, które dłuższy czas utrzymywało się i do którego dołączyło się opadnięcie macicy. Nigdy nieroniła. Przed 10 laty zauważyła powiększenie się brzucha z powodu czego przed $9^1/_2$ laty wykonano przecięcie brzucha i wydobyto płyn do piwa podobny. Drugi raz zrobił nakłócie brzucha przed 8 laty Prof. Obaliński, płyn wypuszczony miał być ciemniejszy. Punkcyą wykonywano odtąd coraz to częściej i w coraz to krótszych odstępach czasu, a odtąd było 27 nakłóć, ostatnie przed 2 tygodniami. Powiększenie brzucha wzrasta coraz to szybciej po każdorazowej punkcyi. W czasie kiedy brzuch rośnie, doznaje chora palenia w żołądku, bolu w krzyżach, parcia na mocz. Przed 5 laty wykonał Prof Madurowicz laparatomię. Według kol. Kohna miano znaleść po punkcyi przed 9 laty przez powłoki brzuszne twór mogący najwięcej odpowiadać włókniakowi macicy a pod powłokami brzusznemi mnóstwo guzków różnej wielkości, które uznano za włókniaki rozsiane.

Przypadek ten wywołał ożywioną dyskusyą w której zabierali głos:

Kol. Rydygier zaznacza, że według jego doświadczenia takie rozsianie włókniaków na macicy i otrzewnej jest bardzo rzadkie; rozsiedlenie się na otrzewnej i hydrops ascites przemawiałoby w danym przypadku za złośliwością guza; tylko trwanie choroby 10-letnie świadczyłoby o dobrotliwości tegoż.

Kol. Mars sądzi poddać płyn ścisłemu badaniu chemicznemu i badać brzuch zaraz po punkcyi. Przypadek ten uważa za rzadki i przypuszcza istnienie 2 zmian nowotworowych obok siebie, z których jedna złośliwa wywołuje przerzuty.

Kol. Kohn obstaje przy rozpoznaniu włókniaków i nie sądzi aby z włókniaków tych mógł powstać nowotwór tworzący przerzuty.

Kol. Mars zaznacza, że istnieje przejście jednego nowotworu w drugi i to dobrotliwego w złośliwy, ale powstający nowotwór musi należeć do tej samej rodziny i t. n. p. z włókniaka, który jest nowotworem dobrotliwym, wytworzyć się może mięsak i śluzak, bo te nowotwory należą do nowotworów wychodzących z tkanki łącznej, podczas gdy z włókniaka nie powstanie rak, bo ten należy do rodziny nowotworów przybłonkowych.

Kol. Rydygier konstatuje fakt, że nowotwory nieraz dziwnie się zachowują pod względem klinicznym i opowiada przypadek, gdzie u kobiety wykonano laparatomią 3 razy z powodu nowotworu kiszki ślepej, sprowadzającego objawy niedrożności i założono 2 razy odbyt sztuczny, poczem drożność następowała. Przy ostatniej laparatomii wykonał kol. Rydygier coloenterostomią, omijając część kiszki nowotworem zajętą, aby w końcu gdy się wytworzy drożność przystąpić do 4 laparatomii i wyjąć guz częściowo przy 3-ciej operacyi od otoczenia odzielony. Ponieważ jednak po coloenterostomii chora ma się dobrze, nie chce poddać się operacyi. Obecnie chora ta jest w ciąży.

Kol. Madurowicz widział raz rozsiane włókniaki na otrzewnej ściennej i jelitowej. Nie pochwala zalecanego przez kol. Kohna extr. hydrast. canad. dla zmniejszenia tych guzów, ale radzi laparatomią, w celu wycięcia nowotworu, ewentualnie podwiązania naczyń macicznych według sposobu kol. Rydygiera. Ponieważ atoli na razie nie wiadomo co zawiera protokół kliniczny względnie laparatomii, wykonanej przed 5 laty, zatem nie można nic stanowczego o tém przypadku obecnie powiedzieć.

Kol. Mars jakkolwiek jest za laparatomią, to radzi podwiązać od pochwy sposobem Martina arteria uterina, gdyż spodziewa się że może tym sposobem dałoby się zapobiedz tak prędkiemu gromadzeniu się płynu w jamie brzusznej.

Kol. Cercha nie przypuszcza, aby podwiązanie proponowane przez kol. Marsa mogło zmniejszyć wydzielinę.

6) W końcu kol. Rydygier zapytuje, czy częste są przypadki torbielaków jajnikowych, osadzonych na tak długiej szypule, aby je można przesuwać na wszystkie strony dowolnie.

Kol. Mars zna tego rodzaju 3 przypadki; dwa z tychże obserwował u rodzących i w obu razach torbiel jajnikowy był uwięzgnięty w zatoce Douglasa, dał się jednak w obu przypadkach odprowadzić; trzeci obserwował w Wiedniu, gdzie badał

wydobyty guz prof. Kundrat i twierdził, że podobne torbielaki wychodzą z hydatis Margagni.

Kol. Madurowicz zaznacza, że najczęściej na tak długiej szypułce osadzone guzy są podotrzewnowemi włókniakami macicy.

VIII. Posiedzenie z dnia 4 lutego 1890.

Przewodniczący: Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 9.

---

1) Po odczytaniu protokółu z ostatniego posiedzenia podał kol. Przewodniczący bliższe szczegóły co do przypadku przedstawionego przez kol. Kohna na ostatniem posiedzeniu. W protokóle stałej kliniki ginekologicznej z r. 1885/6 l. 57 znajduje się zanotowane, że u Augusty M. wykonano laparatomię z powodu guza wychodzącego z części rodnych wewnętrznych, wysuwającego się z miednicy małej do jamy brzusznej, kształtu jajowatego, karafiołowatego, sięgającego na 2 palce ponad spojeniem łonowem, przyczem w sklepieniu tylnem dały się wyczuć guzki różnej wielkości nie przesuwalne. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono twór ten zrośnięty dokoła z ścianami miednicy małej i nieruchomy, dlatego poprzestano na oczyszczeniu jamy brzusznej i wycięciu małego guzka, którego rozbiór drobnowidowy wykazał utkanie gruczolaka. Chora opuściła zakład z polepszeniem w miesiąc po operacyi.

2) Co do drugiej chorej. o której wspomniał kol. Rydygier, że przebyła trzykrotnie laparatomię z powodu niedrożności jelit wywołanéj guzem wychodzącym z kiszki ślepej, nadmienia kol. Przewodniczący, że takowa obecnie jest w klinice położniczéj jako ciężarna w 9 miesiącu ciąży z położeniem płodu prawidłowem (czaszkowe II), płód żyje i że przedwcześnie dobrowolnie rozpoczęta czynność porodowa po spókojnem ułożeniu chorej do łóżka ustała. Guza w okolicy kiszki ślepej ściśle ograniczonego obok macicy wybadać nie można z powodu zbytniego napięcia powłok. Nad prawą pachwiną wypuk stłumiony a nadto daje się wybadać obmacaniem rozlany opór przebiegający od prawego boku macicy ku talerzowi biodrowemu pod łuk żebrowy prawy. Chora gorączkuje pod wieczór 38·2.

Kol. Mars podaje, że płyn wypuszczony przez kol. Kohna z jamy brusznéj chorej Augusty M. jest lepki, a pod drobnowi-

dem wykazuje kryształki cholestearyny w skąpej ilości, ciałka krwi białe, i części rozpadowe.

Kol. Kohn obstaje przy pierwotnem rozpoznaniu tej chorej „fibromatosis uteri et peritonei“ i dodaje, że podobny przypadek fibromatosis rozsianej na otrzewnie ściennej i jelitowej podał Klebs na zjeździe chirurgów w Fryburgu. Chociaż w danym wypadku mikroskop wykazał, że wycięty guz jest gruczolakiem, to dla kol. Kohna nie wystarcza, bo reszta guzów może być inszej natury. Guz ten mógł być gruczolakiem, a reszta guzów włókniakami.

3) Następnie Prof. Obaliński został obrany członkiem czynnym Towarzystwa.

4) Na przedstawienie kol. Przewodniczącego i Harajewicza wybrany został członkiem przez głosowanie Dr. Efraim Rosenblüth.

5) Uchwalono rozesłać zaproszenia na członków korrespondentów Towarzystwa ginekologicznego do lekarzy na prowincyi.

6) Kol. Cercha i Kohn zobowiązali się pisać sprawozdania z dzienników Polskich do Roczników Hirscha i Virchowa.

7) Kol. Przewodniczący przedstawił projekt układu, mającego się drukować Pamiętnika Towarzystwa a polecono kol. Marsowi postaranie się, by pamiętnik był tanio drukowany w drukarni uniwersyteckiej.

8) Kol. Cercha przedstawił trzy chore, u których stosował miesienie z bardzo dobrym wynikiem, z powodu chorób części rodnych i tak: u jednej z powodu wypadnięcia macicy i pochwy z następowym przerostem i wydłużeniem szyi macicy; u drugiej z powodu wypociny mycicznej po stronie prawej, znacznych rozmiarów, tak, że obecnie istnieje jeszcze tylko zgrubienie około jajnika, u trzeciej z powodu guza po stronie prawej macicy prawdopodobnie włókniaka tejże, otoczonego wypociną, która po miesieniu tak się zmniejszyła, że dziś jest guz wielkości włoskiego orzecha, podczas gdy przedtem był wielkości dużego kurzego jaja. Pokazało się nadto, że to był prawdopodobnie prawy jajnik w wypocinie umieszczony.

9) W końcu miał wykład kol. Braun:

Przypadek laparotomii z powodu pęknięcia macicy.

Do najgorszych wydarzeń, jakie się mogą pojawić podczas aktu porodowego, należy bezsprzecznie pęknięcie macicy, (*ruptura uteri*). Pominąwszy okoliczność, że opinia każdego lekarza jako położnika cierpi wiele na tem, jeżeli podczas rękoczynu położniczego, czy to niezręcznie, czy to w nieodpowiednich warunkach wykonywanego, rozedrze się macica, czyli powstanie tak zwane pęknięcie macicy gwałtowne (*ruptura uteri violenta*), to nawet bez naszego współudziału powstałe pęknięcie macicy, tak zwane pęknięcie dobrowolne (*ruptura uteri spontanea*), należy jeszcze w obecnéj chwili z powodu utraty krwi (*Anaemia acuta*) lub przystępującego zakażenia do najczęstszych przyczyn śmierci matki i płodu podczas porodu.

Podczas gdy procent śmiertelności z powodu gorączki połogowéj znacznie się pomniejszył, odkąd przez genialne spostrzeżenia Semmelweissa znamy przyczynę zakażenia połogowego, a w opatrunku ran przeciwgnilnym Listera mamy dzielny i skuteczny środek do zniszczenia zarazka, to przecież sprawa pęknięcia macicy nie przedstawia się nam jeszcze dotąd w tak korzystnem świetle. Statystyka wykazuje nam wprawdzie, że nieszczęście to spotyka rodzące z każdym rokiem coraz to rzadziéj, ale równocześnie i poucza nas, że pęknięcie macicy zdarza się jeszcze dotąd w dość zastraszającéj liczbie. Dość wspomnieć, że według zestawień statystycznych Frankego przypada jedno rozdarcie macicy na 3225, według Karola Brauna na 2353, według Ludwika Bandla na 1183 porodów. Przyczyn tak często jeszcze powtarzającego się u nas pęknięcia macicy dopatrywać się należy naprzód w tem, że przeważna liczba porodów, szczególnie na wsi i po małych miasteczkach, odbywa się pod opieką babek, osób nie mających pojęcia o położnictwie, a tem samem nie wiedzących, że podczas porodu może pęknąć macica, powtóre, że z powodu niedbałości i niesumienności położnych z jednéj strony, niczem nieusprawiedliwionego uprzedzenia i niedowierzania publiczności lekarzom z drugiej strony, bywają lekarze zapóźno wzywani do porodów, zwykle już wtedy zaniedbanych, w których dla rozwiązania ostatecznego

rodzącéj zmuszeni są nieraz wykonywać trudniejsze i dla matki niebezpieczniejsze zabiegi, podczas gdy to samo powikłanie porodowe byłoby się dało usunąć w samym początku porodu daleko lżejszym sposobem.

Wystarczy tu wspomnieć dla uzasadnienia tego twierdzenia o położeniach płodu poprzecznych, które z początku może lekarz zamienić na położenie podłużne przez samo ułożenie rodzącéj na bok odpowiedni, jeżeli zaś już wytworzyło się położenie poprzeczne zaniedbane, stwierdza lekarz albo już wyraźne objawy zakażenia połogowego rodzącéj, któremu nawet po udałem rozwiązaniu w parę dni lub tygodni ulega położnica, lub dolny odcinek macicy tak mocno rozszerzony, wyciągnięty ku górze i w ścianach ścieńczały, że nawet nieraz pomimo najzręczniéj w narkozie głębokiéj wykonywanego obrotu lub rozkawalenia płodu rozdziera macicę.

Jeżeli jednak mimo tych niekorzystnych stosunków, na poprawienie których czekać będziemy jeszcze nie jednę dziesiątkę lat, wykonywają lekarze zabiegi położnicze z każdym rokiem coraz to częściéj bez sprowadzenia pęknięcia macicy, to mamy to jedynie zawdzięczać genialnym pracom Ludwika Bandla, który pierwszy nam jasno wykazał miejsce, warunki, sposób czyli tak zwany mechanizm pęknięcia macicy, a zarazem nas jasno pouczył, jak wcześnie rozpoznać i zapobiegać grożącemu niebezpieczeństwu pęknięcia macicy. Gdy pomimo tych ostrzegających wskazówek Bandla ten lub ów lekarz, wezwany wcześnie do porodu, sprowadzi rozdarcie macicy, to zwykle albo wykonał zabieg za szybko i nieostrożnie lub nie przestrzegał ściśle zasad w położnictwie przyjętych. Kazuistyka bowiem wykazuje, że w jednéj połowie przypadków pęknięcia macicy wykonywał lekarz obrót na nóżki bez głębokiéj narkozy w położeniu płodu poprzecznem zaniedbanem lub przy główce ustalonéj; w drugiéj połowie przypadków zakładał kleszcze na główce ruchoméj, wysoko nad wchodem położonéj.

W czasach, kiedy nie tylko nie znano przyczyn pęknięcia macicy, ale nawet nie wiedziano, że istnieje podobne cierpienie, podobny krok fałszywy ze strony lekarza był do prze-

baczenia; dzisiaj atoli w ten sposób wyrządzona krzywda rodzącéj jest błędem, co najmniéj, nie do naśladowania.

Wiadomo bowiem z literatury położnictwa, że do czasu kiedy nie robiono sekcyj anatomicznych, zatem do połowy 16 wieku, kiedy Wezał pierwszy otworzył jamy ciała ludzkiego, nie wiedziano wcale, czy macica może pęknąć podczas porodu. Dopiero, jak Velpeau twierdzi, Jaques Guillemeau żyjący pod koniec 16 wieku, według innych autorów Mauriceau pierwszy miał rozpoznać to cierpienie i to na zwłokach téj saméj kobiety, na któréj w Paryżu po raz pierwszy próbował wynalazca kleszczy główkowych Hugon Chamberlen swoich kleszczy. Była to stara pierwiastka 38 lat licząca ze znacznem ścieśnieniem miednicy, któréj, gdy po 5-ciu dniach czynności porodowéj Mauriceau nie mógł rozwiązać, wezwał ku pomocy bawiącego podówczas w Paryżu Hugona Chamberlena, który podobnie jak Mauriceau trudził się napróżno przez 3 godziny nad wydobyciem płodu. Matka umarła nie rozwiązana w 24 godzin po tych nieudałych próbach pierwszéj operacyi kleszczowéj, a oględziny pośmiertne wykonane przez Mauriceaua wykazały pęknięcie macicy. Od tego czasu wiedziano, że podczas porodu może rozedrzeć się macica, co sprowadza śmierć matki i płodu; ale przez dłuższy czas nie umiano sobie wytłómaczyć przyczyn pęknięcia. Dopiero gdy poznano bliżéj budowę miednicy, Wezal znalazł różnicę między miednicą męzką a kobiecą, Arantius, uczeń jego, wykazał, że istnieją ścieśnione miednice, zaczęto się kusić o wytłómaczenie przyczyn pękania.

W dziele Deventera i De la Motte'a spotykamy się z pierwszą teoryją, która utrzymuje, że macica pęka z powodu zbyt gwałtownych ruchów płodowych. Teoryja ta utrzymuje się bardzo długo, bo jeszcze z początkiem 19 wieku widzimy w G. W. Steinie młodszym gorącego jéj zwolennika, a zaczyna upadać dopiero, kiedy przez prace Levreta i Smelliego nauka położnictwa weszła na inne tory. Autorowie ci wykazali, że istnieją różne rodzaje ścieśnienia, że można określić stopień tegoż, oznaczając wymiar prosty przekątny (*conjugata diagonalis*), co jest główną zasługą Smelliego; wreszcie

że pęknięcie macicy powstaje, nie jak dotychczasowa teoryja twierdzi, z zwiększonych ruchów płodu, lecz przez osłabienie macicy, wywołane przez długotrwały poród. Teoryi Smelliego hołduje Baudelocque, który pierwszy odróżnia ściśle pęknięcie (*ruptura*) od przetarcia (*usura*), częściowe pęknięcie (*ruptura uteri partialis*) od całkowitego (*ruptura uteri totalis*) a zmienia teoryję Smelliego o tyle, że według jego zdania pęka nietylko macica, patologicznie zmieniona, ale i u osób zdrowych, byle poród trwał długo, a bóle były zbyt silne. Sprawą pęknięcia macicy zajmują się po Baudelocque'u Osiander, Boër, Siebold i Michaëlis.

Osiander pierwszy zwrócił uwagę, że podczas obrotu płodu na nóżki pęka macica albo w chwili, gdy ręka odsuwa główkę na bok, aby łatwiéj dojść do nóżek mogła, albo gdy schwyciwszy za nóżki ściąga takowe ku dołowi. Boër stara się oznaczyć najczęstsze miejsce pęknięcia i twierdzi, jak i Osiander mylnie, że pęka zawsze górna połowa pochwy; uważają obaj mylnie szyjkę podczas pęknięcia nadmiernie rozciągniętą za górną połowę pochwy.

Siebold opisuje dokładnie pęknięcie macicy niezupełne (*ruptura uteri partialis v. haematoma ligamenti lati*), rozumiejąc przez to nagromadzenie się znacznéj ilości krwi skrzepłéj pod otrzewną od podstawy oddzieloną w postaci guza zwykle z boku macicy umieszczonego między blaszkami wiązu szerokiego po poprzedniem przedarciu się warstwy śluzowéj i mięsnéj szyjki.

Sam tylko Michaëlis potrafił przepowiedzieć naprzód w jednym przypadku, że pęknie macica, ale na jakich szczegółach rozpoznawczych opierał swoją przepowiednię, sam późniéj tego bliżéj podać nie umiał.

Tak mijały lata; wiedziano, że macica pęka, jeżeli poród przeciąga się z powodu jakiejś przeszkody porodowéj i bóle porodowe są zbyt silne, ale jak pęknięcie powstaje i jak naprzód rozpoznać niebezpieczeństwo grożącego pęknięcia macicy, nie umiano sobie jasno wytłómaczyć.

Dopiero w roku 1875 rozwiązał powyższą zagadkę L. Bandl, kiedy na podstawie ścisłych badań na rodzących

w klinice K. Brauna i na podstawie protokółów sekcyjnych z przypadków pęknięcia macicy przyszedł do tego spostrzeżenia, że pęknąć może macica podczas ciąży, choć to są dość rzadkie przypadki, ale najczęściéj podczas porodu, że głównie pęka szyjka, nie trzon lub górna połowa pochwy, że pęknięcie następuje z powodu znacznego niestosnnku porodowego wywołanego albo przez ścieśnienie miednicy albo przez zwężenie kanału rodnego miękkiego albo przez położenie płodu poprzeczne lub ukośne, albo jeżeli główka płodu jest w szwach i ciemionach przedwcześnie skostniała, duża, twarda i mało ściśliwa lub jeżeli główka jest nieprawidłowo ułożona, jak w położeniu czołowem i twarzowem.

Równocześnie wyprowadził z swych spostrzeżeń praktyczną wskazówkę, że wtedy pęka szyjka macicy, kiedy jéj ściany zostaną nadmiernie wyciągnięte ku górze i ścieńczałe co można poznać po znacznem wysunięciu się ku pępkowi brózdy biegnącéj poprzecznie, zaznaczającéj granicę między trzonem a dolnym odcinkiem macicy, dającéj się wybadać przez powłoki brzuszne w zwykłych warunkach w wysokości 2 palców nad górnym brzegiem spojenia łonowego, posuwającéj się w miarę rozciągnięcia i ścieńczenia ścian dolnego odcinka macicy, coraz to wyżéj ku pępkowi tak, że tuż przed peknięciem znajdować się może w wysokości pępka lub nieco powyżéj.

Dolny odcinek macicy ulega według jego zdania najczęściéj rozciągnięciu po stronie potylicy, ztąd sobie tłomaczy tak częste pęknięcie szyjki po stronie grzbietu płodu; w poprzecznych położeniach i pęknięciu dobrowolnem znajdował najczęściéj otwór w szyjce macicy po téj stronie, gdzie leżała główka, po pęknięciu gwałtownem raz po stronie główki, drugi raz po stronie nóżek.

Jakkolwiek teoryja Bandla nie wystarcza do wytłoma czenia sposobu pęknięcia macicy w porodach nagłych, krótko trwających, obok pęcherza utrzymanego, to jednak jest ona obecnie ogólnie przyjęta, a owa brózda poprzeczna, tak zwany pierścień skurczowy (*Contractionsring* Schroedera), zwiastująca pęknięcie macicy, jest w dyjagnostyce położniczéj zdo-

byczą nieocenionego znaczenia, tak pod względem teoretycznym, jak i praktycznym.

Dość, aby uczcić zasługi Bandla, powiedzieć, że od czasu jego pracy o pęknięciu macicy podczas porodu i ciąży, tysiące kobiet i dzieci zostało ochronionych od niechybnéj śmierci. Jeżeli dzisiaj lekarzowi obserwującemu poród od samego początkn pęknie macica, to zapewne, że mało zwracał uwagi na ów szczegół rozpoznawczy; a jeżeli Szanownym Panom ośmielam się przedstawić przypadek pęknięcia macicy, który przecież nie jest tak rzadkiem zdarzeniem w położnictwie, jak bezwzględne ścieśnienie miednicy, to czynię to dla tego, aby dać żywą illustracyję, jak nie raz zaniedbanie prawideł położniczych sprowadzić może pęknięcie macicy.

Do kliniki położniczéj Prof. Dra M. Madurowicza przywieziono koleją 1 listopada 1889 r. K. K., mężatkę, 24 lat liczącą, która podaje, że rodziła 2 razy, porody oba odbyły się na czasie, płód z pierwszego porodu urodził się nieżywy, drugi żywy, obecnie jest po raz trzeci w końcu ciąży, czynność porodowa rozpoczęła się przed 3 dniami, z wystąpieniem pierwszych bólów porodowych odpłynęły wody płodowe, bóle od samego początku były gwałtowne, od czasu jak wyjechała z domu czuje się znacznie lepiéj, choć więcéj osłabiona, bo nie ma tych gwałtownych bólów w krzyżach. tylko znośniejsze dołem brzucha, krwi na zewnątrz odpływa jącéj nie dostrzegła.

W 48 godzin po wystąpieniu czynności porodowéj wezwano lekarza, który podaje, że podczas badania zewnętrznego znalazł obciśnięcie się macicy około płodu, mocne wypuklenie kuliste, wielkości główki płodu, twarde, położone nad spojeniem łonowem, więcéj po stronie prawéj, z którego bliżéj sprawy zdać sobie nie potrafił; przy badaniu wewnętrznem stwierdził ujście zewnętrzne macicy zupełnie rozwarte, pęcherz pęknięty, położenie płodu czaszkowe drugie, główkę ustaloną, u wysokości wchodu miednicy umieszczoną z znacznem przedgłowiem, twardą, wypełniającą szczelnie wchód miednicy. Tętna nie mógł stwierdzić, z szpary sromowéj odchodziła woda płodowa, smołką zabarwiona. Dla rozwiązania matki założył kleszcze Simpsona, lecz te ślizgnęły się pionowo, po kilku silniejszych pociągnięciach.

Po kilku daremnych usiłowaniach obniżenia główki, kleszcze wyjął i wszedł ręką do jamy macicy, odsunął główkę na

bok i doszedł do nóżek, tych atoli niżéj sprowadzić nie mógł. Przystąpił do kraniotomii, otworzył z trudnością nożycami Naegelego główkę, lecz dalszego operowania zaniechał z powodu zupełnego osłabienia, a przypuszczając, że owo wypuklenie nad spojeniem łonowem pochodzi od jakiegoś guza w wchodzie miednicy lub od potworu bliźniaczego, dla rozwiązania ostatecznego odesłał rodzącą do kliniki.

Badanie w klinice wykazało: osoba średniego wzrostu, miernego odżywienia, o kończynach chłodnych, sinych, wyrazie twarzy ostro zaznaczonym, świadczącym o znacznym upadku sił, ciepłocie ciała obniżonéj poniżéj normy, tętnie drobnem, nitkowatem, chwilami niewyczuwalnem, 140 na minutę, skórze pokrytéj tu i owdzie lepkim zimnym potem, języku wilgotnym, ustach sinych, przytomności umysłu zupełnie utrzymanéj, oddechu prędkim, przyspieszonym. Brzuch mocno wypukłony jednostajnie po obu bokach, tak nad jak i pod pępkiem o powłokach napiętych, bolesnych. Obmacywaniem daje się w głębi wyczuć po stronie prawéj nad łopatką biodrową prawą opór, którego bliżéj oznaczyć nie można. Podczas badania przez pochwę stwierdzono srom opuchnięty, siny, bolesny, powalany ciemną krwią skrzepłą; pochwa szeroka, krótka, część pochwowa zanikła, ujście zewnętrzne zupełnie rozwarte. Przez ujście daje się wybadać główka płodu ustalona, szwów i ciemion bliżéj oznaczyć nie można, gdyż pojedyncze kości zachodzą na siebie, a niektóre z nich odsłonięte sterczą do pochwy.

Ze stanu ogólnego, badania i wywiadów, które wykazują, że bóle przedtem gwałtowne ustały nagle i odtąd rodząca czuje się lepiéj, ale więcéj osłabiona, rozpoznano: pęknięcie macicy, położenie płodu główkowe, główka przedziurawiona.

Nożycami Naegelego odsunięto zachodzące na siebie kości, założono kranioklast i wydobyto z łatwością płód donoszony z pomniejszoną czaszką. Po wydobyciu płodu skoro wypływać zaczęła spora ilość krwi ciemnéj płynnéj, przystąpiono do wydobycia popłodu. Po pępowinie doszła ręka przez duży otwór po stronie prawéj macicy, komunikujący z jamą brzuszą, do łożyska, ułożonego w jamie brzusznéj wolno pod prawym łukiem żebrowym. Mając do czynienia z pęknięciem macicy zupełnem i znacznem, zatamponowano pochwę gazą jodoformową i przystąpiono do laparotomii w celu zeszycia względnie odcięcia macicy. Ponieważ tętno było zaledwie wyczuwalne, wstrzyknięto kilka strzykawek eteru podskórnie i otworzono jamę brzuszną. Między kiszkami znale-

zioño sporo skrzepów krwi i macicę skurczoną, rozdartą po stronie prawéj i od przodu we warstwie otrzewnowéj i mięsnéj, rana długa około 15 cm. przebiega ukośnie, od dolnéj granicy trzonu do górnego brzegu pochwy, o brzegach nierównych skrzepłą krwią pokrytych. Otrzewna w miejscu rany nietylko wzdłuż, ale i poprzecznie była rozdarta. Z powodu mocnego ubytku sił, a zarazem mocnego rozdarcia ścian szyjki w kierunku podłużnym i poprzecznym, sięgającego nizko, o ile przechodzi rozdarcie nawet na przednią ścianę pochwy, zeszyto, po dokładnem oczyszczeniu, warstwę mięsną i otrzewną, szwem ciągnącym się katgutowym, a blizna powstała ztąd w otrzewnie miała kształt litery X. Po oczyszczeniu jamy brzusznéj zamknięto powłoki brzuszne.

Pomimo eteru, wina, koniaku, wstrzykiwania w rozczynie 0·6 na 1000 ciepłego rozczynu soli kuchennéj podskórnie autotransfuzyi, chora umarła w 10 godzin po operacyi.

Sekcyja wykazała: pęknięcie macicy po stronie prawéj w szyjce przechodzące cokolwiek w trzon i górną połowę pochwy, zapalenie wnętrza macicy i otrzewnéj zakaźne, ostry obrzęk płuca, zwyrodnienie miąższowe wątroby nerek i serca, szew na macicy, na otrzewnie i w warstwie mięsnéj trzymający dokładnie i zlepienie otrzewny wzdłuż całego szwu.

Przebieg zatem porodu w tym przypadku dałby się w ten sposób wytłómaczyć:

Z powodu ścieśnienia miednicy i główki dużéj twardéj, niepodatnéj, wytworzył się znaczny niestosunek porodowy, następstwem którego było znaczne przeciąganie się porodu, pomimo silnych porodowych bólów; ponieważ główka się nie obniżała, a bóle trwały daléj dosyć silne, uległ mocnemu rozszerzeniu i ścieńczeniu dolny odcinek macicy i to przeważnie po stronie prawéj, gdzie leżała potylica; tem sobie możemy tłomaczyć ów guz twardy, kulisty więcéj po stronie prawéj nad spojeniem łonowem umieszczony, uważany mylnie przez lekarza ordynującego za guz patologiczny lub główkę potworu bliźniaczego. Już wtedy było wyraźnie zaznaczone niebezpieczeństwo pęknięcia macicy. Przez nieostrożne założenie kleszczy, a głównie przez usiłowany obrót na nóżki, dolny odcinek uległ jeszcze znacznemu rozciągnięciu i rozdarciu częściowemu, które w dalszem trwaniu bólów gwałtownych zamieniło się w rozdarcie macicy zupełne.

Kiedy to nastąpiło, trudno dzisiaj oznaczyć; to jest tylko pewne, że podczas operacyi nie nastąpiło, bo jak ordynaryjusz donosił, odesłał rodzącą do Krakowa z bardzo mocnemi bólami porodowemi. Prawdopodobnie w drodze do Kra-

kowa macica pękła, i to wtedy, odkąd rodząca zaczęła się czuć podmiotowo lepiéj, choć więcej osłabiona. Kiedy do kliniki przybyła, mieliśmy tylko zwykłe następstwo pęknięcia macicy, a mianowicie: znaczny upadek sił rodzącéj z powodu krwotoku wewnętrznego, bo krew dopiero wydostała się we wielkiéj ilości, kiedy płód wydobyto, przedtem ani rodząca ani my w klinice nie stwierdziliśmy wypływu większéj ilości krwi. Rozwiązanie drogą naturalną wydawało się nam najprędszem do wykonania, ztąd wydobyliśmy płód przez pochwę, a skoro podczas wydobywania łożyska stwierdzono, że otwór w ścianie macicy jest tak duży, że nie można by go było zatkać szczelnie gazą jodoformową, otworzyliśmy jamę brzuszną, aby ranę zeszyć, względnie odciąć trzon macicy. Nie odcinaliśmy trzonu raz, że zabieg ten trwałby dłużéj niż zeszycie, a stan choréj był i tak bardzo nędzny, powtóre, że szypułka nie byłaby się składała z całéj, ale poszarpanéj szyjki, co mogłoby dać powód do następowego krwotoku, a względnie do ropienia znacznego.

Następujące postępowanie lecznicze w tym przypadku wydaje się nam jako najracyjonalniejsze: założyć kleszcze dla zwalczenia niestosunku porodowego, a gdyby te nie prowadziły do celu, pomniejszyć główkę lub wykonać, jeżeli płód żywy, cięcie cesarskie metodą Saengera.

10) Kolega Rydygier przedstawił okaz anatomiczny *„Hydrocele feminina congenita“* wyciętéj u kobiety cierpiącéj na przepuklinę pachwinową.

IX Posiedzenie z dnia 4 marca 1890.

Przewodniczący: Prof. Dr. Jordan. Obecnych członków 10.

Po odczytaniu protokółu z ostatniego posiedzenia przystąpiono do porządku dziennego:

1) Kol. Mars zawiadamia, że na zaproszenia rozesłane do lekarzy w Galicyi na członków korespondentów Towarzystwa zgłosiło się 12 lekarzy, mianowicie: Drowie Bąkowski, Bartmański, Błotnicki, Moszkowicz, Rosner, Prof. Czyżewicz, Friedwald, Dietzius, Aschkenazy, Gawlik, Kowalski, Zgórski, którzy też jednogłośnie zostali uznani członkami korespondentami Towarzystwa.

2) Kol. Kohn przedstawił *a*) błonę wyszłą z części rodnych panny 18 lat liczącéj, a cierpiącéj na bolesną regularność. W celu oznaczenia, czy to jest błona śluzowa zgrubiała, jaka wychodzi w dysmenorrhoea membranacea, czy jest innéj natury, prosi kol. Marsa o zbadanie téjże błony pod drobnowidem.

b) Następnie opisał przypadek włókniaka macicy wielkości 2 dużych pięści, wychodzącego z tylnéj ściany macicy, zajmującego zatokę Douglasa w zupełności, przez co tylne sklepienie tak mocno zostaje ku dołowi zepchnięte, a pochwa tak przesunięta i ścieśniona że do części pochwy o ujściu szparowatem umieszczonéj w wysokości i za spojeniem łonowem, zaledwie palcem dojść można. Guza przez tylne sklepienie, jakoteż od odbytnicy do jamy brzusznéj wysunąć nie można z powodu zrostów tegoż z otoczeniem. Prelegent zamyśla najpierw stosować elektryczność metodą i przyrządem Apostolego.

Kol. Jordan przypuszczał w samym początku choroby ciążę u tejże chorej, wnosząc to z powiększenia macicy i ustania na 4 miesiące regularności, co dopiero po niejakim czasie mógł wykluczyć i rozpoznać włókniak wychodzący z tylnéj ściany trzonu macicy, a wypychający przednią ścianę i szyjkę ku spojeniu łonowemu. Co do leczenia zgadza się z kol. Kohnem.

Kol. Mars widział w Bazylei 2 podobne włókniaki, które miały być także tak duże jak przedstawione, jeden wygojony po operacyi, drugi który miał być operowany.

Co do usunięcia guza drogą operacyjną, to przypomina sobie podobny guz macicy zrośnięty z otrzewną w jamie Douglasa, złożony, jak się to okazało podczas operacyi, z dwóch części oddzielonych torebką od siebie, a operowany przez Prof. Mikulicza w ten sposób, że po przecięciu międzykrocza dla rozszerzenia pochwy, przeciął Prof. Mikulicz tylne sklepienie, otworzył torebkę, z któréj jakoby jelita z jamy brzusznéj, wyciągał części guza miękkiego, surowiczo zbrzękłego, jak się pokazało z badania drobnowidowego, mięsaka śluzakowatego, najpierw z torby dolnéj, a po przecięciu przegrody też z torby górnéj. Nowotwór odnowił się po niejakim czasie i doszedł do pierwotnéj wielkości. Poraz wtóry usunięto nowotwór przez otwarcie jamy brzusznéj.

W przypadku przez kol. Kohna opisanym, gdyby metoda Apostolego nie skutkowała, radzi kol. Mars: aby od strony pochwy, odłuszczyć część guza zrośniętą z otoczeniem, a następnie wyjąć guz przez laparatomią doszczętnie. Podobnie miał wyjąć guz zrośnięty z otoczeniem Fehling w Bazylei.

3) Kol. Mars przedstawił: przekrój zamrożonego ciała kobiety zmarłéj podczas 2 okresu porodowego z powodu dobrowolnego pęknięcia macicy.[1]) Przekrój dokonany został od przodu ku tyłowi w środkowéj płaszczyźnie ciała i dzieli je na dwie połowy. Z ułożenia części płodowych widać na przekroju, że płód leżał w położeniu czaszkowem pierwszem, gdyż w lewéj połówce preparatu, znajduje się większa połowa płodu, a mianowicie z główki potylica, część kości bocznéj prawéj i lewéj, dalej cały tułów płodu zwrócony grzbietem do lewéj ściany brzucha matki. Na tejże stronie widać nadto na przekroju łożysko, przecięte, a po nad niem przecięte jelita matki, przeciętą wątrobę i przeponę. W prawej połowie preparatu znachodzimy przednią część główki i kończyny płodu, część łożyska i odpowiednie przecięte trzewa matki. Na główce niezwróconéj jeszcze, a stojącéj w pochwie w wysokości cieśni miednicy znajduje się przedgłowie w okolicy ciemienia małego na tylnym górnym kącie prawéj kości bocznéj, wielkości włoskiego orzecha, twarde, wchodzące do prawie zwartéj jeszcze szpary sromowéj. Z wielkości płodu wnioskować można, że płód był donoszony. Co do przewodu rodnego miękkiego, to idąc od szpary sromowéj ku górze, widać szparę sromową zamkniętą, pochwę wypełnioną główką i odpowiednio rozszerzoną, przechodzącą bez wyraźnéj na przekroju granicy w szyję macicy. Od przodu na wysokości szczytu pęcherza moczowego widać przerwę ciągłości ściany macicy, tak że ku górze biegnie tylko blaszka otrzewny na któréj w odległości znów 16 centim. widać kawałek miąższu tejże; od tyłu widzimy przecięcie tylnéj ściany szyi, okolicy pierścienia skurczowego (Contractionsring) po nad którym w wysokości 5 kręgu lędźwiowego znów przerwa ciągłości. — Następnie kol. Mars wydobył płodowe części i łożysko z prawéj połowy preparatu i ułożył takowe na lewéj połowie. Tym sposobem odsłonił wnętrze preparatu po stronie prawéj okazujące przejście pochwy w szyję macicy bez wyraźnego fałdu, któryby ujściu zewnętrznemu macicy odpowiadał, a tylko różnica powierzchni granicę tą zaznacza; ściana pochwy przedstawia się gładka, lśniąca, podczas gdy ściany szyi macicy są ćme, o powierzchni groszkowatéj. W przedniej ścianie szyi znacznie rozciągniętéj podłużna przerwa ciągłości o brzegach warstwowe

---

[1]) W czasie druku niniejszego Pamiętnika rzecz ta wyszła jako osobne dzieło nakładem krakowskiej Akademii Umiejętności i w tłomaczeniu niemieckiem nakładem autora.

utkanie uwidoczniających. Dalej widać odgięty oderwany od strony lewéj trzon macicy, który dnem ściany lewéj brzucha dotyka. Jak wyż nadmieniono, na lewéj połowie preparatu ułożone części płodowe, wyjęte z prawéj połowy, dopełniają całości płodu i okazują dokładnie jego położenie. Wreszcie wydobył kol. Mars płód z lewej połowy preparatu i okazał jamę, w któréj tenże leżał. Jama ta od dołu przedstawia pochwę jak na połowie prawej, szyja macicy okazuje poprzeczne przedarcie o brzegu stromym. Powyżej widzimy tylko oderwaną od ściany macicy otrzewną po nad którą ściana brzuszna, do któréj grzbiet płodu przylegał. Co do wywodów dalszych: jak? kiedy? i z jakiej przyczyny macica pękła? jak niemniej kilka uwag dotyczących zachowania się pochwy zastrzegł 'sobie głos kol. Mars na następne posiedzenie z powodu spóźnionej pory. — Pod koniec przedstawił jeszcze rysunki dokonane z preparatu i opowiadał sposób jak były zdejmowane.

4) W końcu przedstawił kol. Braun preparat anatomiczny, peknięcia macicy, którego historya jest następująca:

Dnia 25 lutego b. r. przywieziono z rana o 9 godzinie Magdalenę Ch. z Morawicy, 2 mile od Krakowa położonéj wioski, 36 lat liczącą, zamężną, która podaje, że rodziła przedtem 5 razy, 3 razy urodziła własnemi siłami dzieci żywe donoszone, 2 razy przed czasem nieżywe dzieci. Obecnie jest 6 raz ciężarna, ciąża dobiegła właściwego kresu, podczas ciąży miała się zupełnie dobrze, bóle porodowe wystąpiły przed 24 godzinami, równocześnie odpłynęły wody płodowe, bóle od samego początku były silne, pod wieczór wystąpiło znaczne osłabienie i bóle rżnące, ciągłe, podczas bólu i pauzy trwające. Ponieważ rodząca mdlała a poród się przeciągał, odwieziono rodzącą do Krakowa. W klinice położniczo-ginekologicznéj prof. Dr. Madurowicza stwierdzono: osoba blada, źle odżywiona, bez obrzęku około kostek, natomiast kończyny dolne i górne sinawe i chłodne, wyraz twarzy zdradza ciężkie cierpienie, rysy zaostrzone, oczy wpadnięte głęboko w oczodoły, połyskujące, usta blade, język siny, wilgotny, tętno na tętnicy sprychowéj drobne, oddech płytki, przyspieszony. Brzuch wzdęty, powłoki napięte, bolesne, szczególnie po stronie lewéj, macica powiększona w kierunku poprzecznym, po stronie lewéj pokazuje nad lewą pachwiną wypuklenie kuliste bardzo bolesne, gładkie, wielkości główki donoszonego płodu, w głębi macicy z powodu obciśnięcia się tejże około płodu, bliżéj wybadać nic nie można, osłuchiwanie dało wynik ujemny. Podczas badania od strony pochwy stwierdza

się że szpary sromowej sterczącą rączkę prawą płodu zwróconą swym grzbietem ku górze, palcem dużym zaś ku stronie lewej, w pochwie nisko leżący bark prawy, którego łopatka zwrócona ku górze, a pacha otwierająca się w stronę prawą. Rozpoznano: położenie płodu poprzeczne, grzbietowe pierwsze, zaniedbane i pęknięcie macicy. Wykonano dekapitacyą, po wydobyciu płodu powstał krwotok, a ręka wprowadzona do jamy macicy stwierdziła po stronie lewej w szyjce macicznéj, mocno rozszerzonéj i cienkiej zaułek ku górze ścieśniający się, wypełniony skrzepłą krwią, a trzon macicy skurczony, po stronie prawéj umieszczony. Po wyjęciu łożyska wytamponowano gazą jodoformową cały zaułek szyjki po stronie lewéj i założono opatrunek uciskający na brzuch.

Pomimo różnych środków skrzepiających chora zakończyła życie w 24 godzin po operacyi.

Sekcya wykazała: oprócz ostrego obrzęku płuc, i rozpoczynającego się zapalenia płuca prawego w dole, znaczną niedokrewność i zwyrodnienie miąższowe w gruczołach brzusznych, główne zaś zmiany w jamie brzusznéj i to w częściach rodnych; jelita mocno gazami rozdęte i pozlepiane ze sobą; między niemi sporą ilość krwi płynnéj nagromadzonéj w okolicy lędźwiowéj, macicę dobrze skurczoną, umieszczoną po stronie prawéj, sięgającą dnem do pępka; po stronie lewej otrzewne macicy i wiązadła szerokiego podbiegniętą krwią skrzepłą w sporéj ilości, na macicy otrzewna oddzielona od lewéj strony prawie do środkowéj linii, na wiązadle szerokim zaś najwięcéj podminowana blaszka tylna, tak, że podbiegnięcie (haematoma) sięga aż pod nerkę lewą. Macica na przekroju okazuje różnice w grubości ścian dna i trzonu względem ścian dolnego odcinka, albowiem podczas gdy ściany trzonu grube na 3 palce, to ściany dolnego odcinka po stronie prawéj na 1 palec, a po lewéj zaledwie na $^1/_2$ palca Wskutek tego niejednostajnego zgrubienia ścian, granica między trzonem, a dolnym odcinkiem macicy mocno zaznaczona przez fałd (pierścień zwężający Schrödera). Ściana prawa dolnego odcinku krótsza, po lewéj stronie dłuższa i tu napotykamy przerwę ciągłości wszystkich warstw macicy (ruptura totalis), przyczem otwór przerwy przebiega skośnie, wzdłuż lewego boku macicy, zajmuje ściany dolnego odcinka macicy i przechodzi na 1 cm. w trzon i na 1 cm. w pochwę. Otwór w warstwie mięsnéj większy, niżeli w otrzewnéj, która rozdartą jest na szerokość 3 palców i otwór sięga pod samą trąbkę lewą. Brzegi rany podbiegnięte krwią i nierówne. Granica między pochwą a szyjką zaznaczona wrębem poprzecznie przebiegającym. Na wewnętrznéj tylnej ścianie macicy liczne, dość głębokie brózdy.

Przypadek powyższy przedstawia kol. Braun litylko dla zaznaczenia trafności wywodów Bandla co do mechaniki pęknięcia macicy, jak to pokrótce w odczycie na poprzedniem posiedzeniu miał sposobność naszkicować. Pękła tu macica z powodu nadmiernego rozciągnięcia i ścieńczenia dolnego odcinka macicy, wywołanego położeniem poprzecznem zaniedbanem, pękła dobrowolnie, bo przed dekapitacyą płodu stwierdzono objawy zapadu i wypuklenie kuliste, bardzo bolesne, nad pachwiną prawą, po stronie lewéj rozdarła się macica, bo było poprzeczne zaniedbane grzbietowe pierwsze, pęknięcie nastąpiło prawdopodobnie 12 godzin przed przybyciem do kliniki, kiedy bóle porodowe ustały, a nastąpiły ciągłe bóle rżnące, pęknięcie było z początku częściowe, oczem świadczy niejednakowa długość rany w warstwie mięsnéj i otrzewnowéj, pierwotnie istniało haematoma lig. lat. sin. a dopiero późniéj krew nagromadzona pod otrzewną, oddzieliła takową od macicy, a skoro napięcie doszło do najwyższego stopnia, pękła otrzewna i zamieniło się pęknięcie częściowe w całkowite. Na preparacie widać podział pracy w przewodzie rodnym miękkim, podczas gdy część górna tegoż, to jest trzon i dno przedstawiają część czynną, to dolny odcinek, szyjka i pochwa więcéj biernie się zachowują.

W dyskusyi zabiera głos kol. Mars i stwierdza że w tym przypadku zaznaczona jest granica między pochwą, a szyjką macicy przez wał sterczący nad powierzchnią, gdyż macica jest wypróżniona, czego na preparacie przypadku jego niema, albowiem znajduje się w kanale rodnym płód, nadto nie zgadza się na zdanie, jakoby dolna część kanału rodnego zachowywała się biernie.

X. Posiedzenie z dnia 29 kwietnia 1890.

Przewodniczący: Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 7.

Po przyjęciu protokółu z ostatniego posiedzenia.

1) Przyjęto na przedstawienie kol. Marsa do Towarzystwa ginekologicznego Dr. St. Czaplińskiego, jako członka czynnego, Drów Skowrońskiego i Rudnickiego jako członków korespondentów.

2) W wywodach wyłuszczonych na poprzedniem posiedzeniu nad przekrojem kobiety, zmarłej podczas porodu z pęknięcia macicy, dodał kol. Mars,

że osoba ta liczyła lat 44, od 15 lat zamężna, raz przechodziła zimnicę, miesiączkowała prawidłowo, 7 razy rodziła prawidłowo, obecnie 8 raz i ten poród trwał najkrócej. Dzieci rodziła żywe i nie roniła. Po drugim porodzie przebyła sprawę zapalną w podbrzuszu. Wszystkie dzieci karmiła sama. Podczas obecnéj ciąży czuła się dobrze, w dniu porodu prała od rana do 2 popołudniu i po dźwignięciu garnka uczuła ból i odpływające wody płodowe. Wezwana położna znalazła czynność porodową rozwiniętą, ujście zewnętrzne na wielkość 4 centów rozwarte, główkę wysoko ustawioną. Następnie bóle porodowe nader rzadkie, niemal co godzina ból, około godziny 8 ujście zewnętrzne macicy było zupełnie rozwarte, a położna spostrzegła, że główka zstępowała szybko na dno miednicy pomimo że rodząca nie żaliła się na bóle. Później główka nie posuwała się dalej u rodzącej. O godzinie 9 dreszcz i ból w brzuchu. W godzinę drugi dreszcz i ból w brzuchu, a o 11 chora umarła. Podczas porodu prócz wina nie podawano innych leków.

Zastanawiając się nad tym przypadkiem, stara się kol. Mars odpowiedzieć na pytanie: jaka była przyczyna pęknięcia macicy? Przedewszystkiem wyklucza sztuczne pęknięcie i dowodzi, że musiała pęknąć macica dobrowolnie. Dalej z wszelkiem prawdopodobieństwem wyklucza zmiany chorobowe utkania macicy, niestosunek porodowy, powstały skutkiem nieprawidłowego stosunku wymiarów główki do miednicy i przewodu rodnego miękkiego, a natomiast przyjmuje jako przyczynę pęknięcia niestosunek porodowy, powstały wskutek nieprawidłowego działania sił wykluczających, a mianowicie skutkiem najprawdopodobniej powstałego w śród porodu tężca macicy. Brak okresowego działania skurczów macicy uważa jako przyczynę, która wywołała upośledzenie rozciągliwości dolnego odcinka pochwy i dna miednicy, skutkiem czego powstała przeszkoda, która niedozwoliła główce dokonać zwrotu prawidłowego i sprowadziła pęknięcie szyji macicy. Wywody popiera wywiadami, głównie zaś opiera je na zachowaniu się przedgłowia na główce płodu, dowodząc, że takowe powstało gdy główka zstąpiła na dno miednicy, a tem samem, że w téj wysokości dłuższy czas pozostawać musiała. W tej wysokości zaś przewodu rodnego w obec prawidłowéj miednicy i w obec braku zmian chorobowych w przewodzie rodnym miękkim niestosunek porodowy tylko w sposób przez niego przypuszczony mógł powstać. Dalej w zachowaniu się brzegów macicy i otrzewny wywodzi, że pęknięcie macicy wytworzyło się od przodu szyi macicy zwolna, gdzie pęknięcie znachodzimy podłużne a później nastąpiło nagle pęknięcie poprzeczne po stronie lewej tejże. Tężec

prawdopodobnie wytworzył się wolno i doszedł do najwyższego nasilenia, gdy szyja i ujście zewnętrzne macicy były już rozwarte. Tężec mógł powstać z podrażnienia, wywołanego podniesieniem garnka albo może podaniem sporyszu, o czem położna przemilczała. Przyczyna śmierci była niedokrewność, skutkiem krwotoku wewnętrznego. Nadto czyni uwagi dotyczące zachowania się pochwy w danym przypadku i podaje wymiary tejże i tak; z przodu 7cm. od tyłu 14cm. Powołując się na przekroje Braunego, Chiarego, i na własną pracę „O zachowaniu się pochwy podczas ciąży i porodu“ udowadnia, że pochwa zachowuje się czynnie, a nie biernie, że zostaje wszerz rozciągniętą, na długość jednak kurczy się, szczególniej w przedniéj ścianie, długość jej bowiem podczas porodu jest mniejszą, aniżeli podczas ciąży i mniejszą od wymiarów pochwy wyprostowanéj, przez Luschkę podanych. W tych warunkach upatruje przyczynę, dlaczego częściej pęka szyja macicy, aniżeli pochwa w przypadkach niestosunku porodowego.

Kol. Przewodniczący nie zgadza się z wywodami prelegenta, jakoby to pęknięcie macicy powstało z powodu niestosunku porodowego w szparze sromowéj powstałego, zwłaszcza że to była wieloródka, u któréj części rodne miękkie były dość rozszerzone przez poprzednie porody. Przypuszcza raczéj, że główka ta gdzieś wyżej była podczas możliwego tężca macicy zatrzymywaną zaczém zresztą miejsce, gdzie przedgłowie się wytworzyło t. j. na kości bocznéj przodującéj, świadczy najlepiéj. W skutek tężca mogła pęknąć macica, a główka z ostatnim bólem porodowym lub parciem obniżyć się mogła szybko z wchodu do wychodu miednicy u wieloródki.

Kol. Braun podziela zdanie Schrödera, że kanał rodny miękki zachowuje się czynnie w połowie górnéj, biernie w dolnéj połowie, bo jakkolwiek kurczy się samodzielnie pochwa podczas porodu, jakto wykazał kol. Mars, ale przecież do wydalenia płodu przyczyniają się obok tłoczni brzusznéj głównie i przeważnie skurcze dna i trzonu, a tylko może w bardzo nieznacznym stopniu skurcze pochwy. Z tąd słuszny podział kanału na część czynną t. j. głównie wydzielającą płód i bierną dolną.

Kol. Kohn przypuściłby inną przyczynę pęknięcia, aniżeli przyczynę przypuszczoną przez kol. Marsa.

Kol. Mars twierdzi, że w niniejszym przypadku pęknięcie macicy musiało nastąpić po zstąpieniu główki na dno miednicy, a nadto że dno miednicy i szpara sromowa tylko w obec tężca macicy mogły stawiać opor postępującéj główce. Koledze Braunowi odpowiada, że Schroeder w dziele swem powątpiewa,

czy wiązki mięśniowe poniżéj pierścienia skurczowego się w ogóle kurczą, jeżeli zaś przyznamy, że pochwa podczas porodu się kurczy, niemożemy mówić o jej biernem zachowywaniu się.

XI. Posiedzenie z dnia 6 maja 1890.

Przewodniczący: Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 9, a jako gość: Dr. Jan Rosner ze Lwowa.

---

1) Kol. Cercha wygłosił odczyt: „O mięsieniu w ogólności a zastosowaniu tegoż w leczeniu chorób ginekologicznych".

Prawie każdy lekarz, zajmujący się leczeniem chorób ginekologicznych, przyznać musi, że w praktyce poważną liczbę przypadków stanowią sprawy zapalne dotyczące, tak tkanki łącznéj okołomacicznéj, jak również otrzewny pokrywającéj macicę i jéj części dodatkowe, a zatem wiązadła, trąbki i jajniki.

Częstość tych chorób łatwo sobie wytłomaczyć można, jeżeli się uwzględni różnorodność przyczyn, pod wpływem, których powstają. Najczęstszą ich przyczyną są zaburzenia połogowe, a w takim razie sprawa zapalna zaczyna się zazwyczaj w tkance łącznéj okołomacicznéj i polega na wtargnięciu jadu uorganizowanego przez nadwyrężoną błonę śluzową macicy do ustroju, następnie zaś zapalenie przechodzi na otrzewnę macicy, wiązadła i t. d.

U nas zaburzenia te wśród połogu zdarzają się niestety dosyć często i to w przeważnéj liczbie przypadków nie z winy lekarza, lecz właśnie dlatego, że porody, szczególnie po wsiach, odbywają się przy pomocy tak zwanych babek, które nie mają pojęcia o rzeczy, co więcéj i położne nasze, nawet te, które ukończyły kursa już w czasie, kiedy dzięki badaniom Semelweissa poznano przyczynę zakażenia połogowego i kiedy przez wprowadzenie dokładnéj antyseptyki starano się zapobiedz zakażeniu połogowemu, te nawet położne, nie wszystkie czystości przestrzegają; nie dziw więc,

że sprawy zapalne w połogu nie należą do rzadkości, tem bardziéj, że i położnice same, nie zachowując zasad dyjetetyki połogu, same nieraz sprowadzają chorobę.

Dalszą, ale już rzadszą przyczyną, mogą być sprawy zapalne, dotyczące błony śluzowéj lub miąższu macicy, które mogą udzielić się otrzewny: a tu ważną rolę odgrywa zakażenie rzeżączkowe, które szerząc się od pochwy, drogą przez macicę i trąbki dosięgnąć może otrzewny. Wylanie się krwi do jamy miednicy małéj z jakiejkolwiek przyczyny sprowadza zazwyczaj zapalenie otrzewny sąsiedniej. Daléj urazy przypadkowe dolnéj okolicy brzucha lub wskutek zabiegów leczniczych i operacyjnych w macicy są w stanie wywołać zapalenie tkanki okołomacicznéj lub otrzewny w miednicy małéj. Nierzadko również spotykamy się z wysiękami zapalnemi około nowotworów wychodzących z macicy lub z części dodatkowych. Że przyczyny powyżéj wyliczone są najważniejszemi w szeregu przyczyn tych chorób potwierdza statystyka Bernutza, odnosząca się do 99-ciu przypadków zapaleń otrzewny w miednicy małéj, która wykazuje, że 45 razy zdarzyło się ono w połogu, 28 razy po zakażeniu jadem rzeżączkowym, 20 razy jako powikłanie zapalenia błony śluzowéj lub miąższu macicy na innem tle, a 8 razy przyczyną był uraz. Wynikiem sprawy zapalnéj jest naturalnie złożenie wypociny, która też stanowi główny objaw rozpoznawczy.

Nie chcę Panów nużyć opisywaniem znanych zresztą szkodliwych następstw, jakie pozostawiają wyż wymienione choroby, nietylko w całym ustroju, lecz jak szkodliwie wpływają na stosunki miejscowe dotyczące macicy i jéj otoczenia, na jednę okoliczność ważną chcę tylko zwrócić uwagę t. j. na zrosty pomiędzy macicą, a sąsiednemi tkankami, które dają powód do zmiany jéj położenia, z czego znów wynika cały szereg zboczeń w ustroju kobiety. Jeżeli więc zboczeń tych nie usuwa się wcześnie, co nierzadko ma miejsce, to osoby te rzeczywiście cierpią nieraz lata, bądź z powodu bolesnéj i nieregularnéj miesiączki, to znowu z powodu ciągłych bólów w dolnéj połowie brzucha, daléj trapią je nieprzyjazne przypadłości ze strony moczu i stolca, który

bywa zaparty, a jeżeli dodamy do tego katar objawiający się upławami, często niepłodność i cały szereg wynikłych stąd objawów nerwowych, to mamy obraz wywołany zmianą w położeniu macicy. Jeżeli objawy te się zmniejszą, a sprawa cała niby ustępuje, to i tak przy obecności choćby małéj wypociny z jednéj strony, a skłonności do nawrotów z drugiéj strony, nie możemy być pewni, czy przy danéj sposobności choroba mimo leczenia nie wróci i my będziemy musieli zacząć od tego, na usunięcie czego, potrzeba było nieraz tygodni lub miesięcy. Nawet czas klimakteryjum osób tych nie uwalnia od przypadów chorobowych.

Jasną więc jest rzeczą, że leczenie w tych razach powinno być jak najdokładniejsze; połowicze bowiem nie prowadzi do celu. Powinniśmy więc w pierwszym rzędzie starać się o ile możności o bezwzględną czystość podczas porodu i połogu i u położnych takowéj surowo przestrzegać, w razie zaś wystąpienia sprawy, w początkach zaraz dążyć, zgodnie z zasadami nauki, do możliwie zupełnego usunięcia produktu zapalnego. Niestety nie często nam się udaje, bo napotykamy nieraz na przeszkody ze strony samych chorych, które pozbywszy się w krótkim czasie objawów niemiłych, towarzyszących sprawie ostréj, zaniedbują leczenia, a po pewnym przeciągu czasu dopiero, gdy stan się pogorszy, zgłaszają się do lekarza po radę, która teraz mniéj zazwyczaj bywa skuteczną i wtedy dopiero wobec zaniedbania sprawy, zaczyna się leczenie trwajace nieraz miesiące, a nawet lata. Przyznać bowiem należy, że o ile leczenie chorób ginekologicznych drogą operacyjną szybkim postąpiło krokiem, o tyle leczenie tych zwyklejszych, że tak powiem chorób, które także i nie specyjaliście dostają się w udziale, a które nie zagrażają życiu choréj, ale bądź co bądź czynią je nieznośnem, pozostawia wiele do życzenia. Wypociny zapalne lub ich pozostałości stanowią do dziś dnia słabą stronę terapii ginekologicznéj; mimo przetworów aptecznych, mimo kąpiel w domu i w zdrojowiskach, mimo całego arsenału przetworów jodowych i bromowych, mimo miejscowego i ogólnego leczenia, choroba trwa bez nadziei rychłego wyleczenia. Nic

więc dziwnego, że wobec tego każda nowa zdobycz, każdy przyczynek do terapii w tym kierunku jest bardzo pożądany, że staramy go się wypróbować, doświadczyć i że słuszną jest rzeczą oddać mu pierwszeństwo wśród innych, jeżeli doświadczenie wykazuje, że na to zasługuje.

Otóż jednym z dzielniejszych środków w przebiegu leczenia zapaleń w miednicy małéj a w ogóle chorób przewodu rodnego kobiety, który w ostatnim lat dziesiątku wszedł w częstsze użycie, a w ostatnich latach nabrał rozgłosu jest sposób mechanicznego leczenia tak zw. mięsienie, połączone z gimnastyką leczniczą. Rzeczywiście sposób ten wykonywany racyjonalnie i systematycznie jest dosyć dzielną bronią w rękach lekarza, w tych przypadkach właśnie, gdzie dawniéj tenże sam lekarz wyczerpawszy cały zasób znanych mu środków ograniczyć się musiał do uśmierzenia poszczególnych niemiłych objawow, nie mając nadziei usunięcia źródła choroby. Co się tyczy historyi mechanoterapii, to sposób ten znanym był w starożytności. Mamy o nim wzmianki w sławnéj księdze Indów „Susruta“. U Chińczyków istnieją osobne szkoły i nauczyciele gimnastyki leczniczéj tak zw. „Tao-See“. W Grecyi zajmował się gimnastyką leczniczą Herodicos i uczeń jego Hippokrates, który dał jéj więcéj naukową podstawę i kierunek, a zasady jego powtarzają i według nich leczą gimnastyką i mięsieniem rzymscy lekarze jak Galenus i inni. Plutarch wspomina, że Caesar kazał się masować niewolnikom, aby się wyleczyć z nerwobólu. W wiekach średnich, kiedy mało na zdrowie zważano, zdobycze Greków i Rzymian poszły w zapomnienie, a ten sposób leczenia dostał się w ręce niepowołanych. Dopiero koniec 17-go i początek 18-go stulecia wprowadza medycynę na nowe tory z czem łączą się nazwiska: Bacona, Newtona, Fullera, Tisoota i braci Weberów. Od tego czasu i mechanoterapija zaczyna zyskiwać obywatelstwo. We Francyi i Szwecyi mamy w tym czasie wybitne osobistości zajmujące się tym przedmiotem; powstają zakłady lecznicze, metoda zyskuje podstawy naukowe i staje się rzeczywiście gimnastyką leczniczą racyjonalną, idącą ręka w rękę z zasadami anatomii i fizyjologia

a wreszcie staje się ona racyjonalną terapiją najróżnorodniejszych chorób tak ogólnych, jak i pojedynczych narządów. W połowie 19-go stólecia szkoła szwedzka wydała uczniów, którzy metodę tę zastososowali i w innych krajach Europy i tak powstała szkoła angielska i niemiecka.

Lekarze z początku z niedowierzaniem patrzyli na postępy mechanoterapii, tem bardziéj, że z jéj powstaniem złączone były imiona nie lekarzy. Dopiero w ostatnich lat dziesiątkach, gdy skutki leczenia tym sposobem stały się widoczne, zaczęto o metodzie téj mówić i pisać; dzieła lekarskie dały jéj miejsce, czyniąc zaszczytne wzmianki, zaczęto leczyć tym sposobem choroby poszczególnych narządów, czyli innemi słowy, specyjaliści zaczęli się niemi posługiwać każdy w swéj gałęzi, a dziś mamy już dosyć obszerną literaturę o leczeniu za pomocą męsienia i jego skutkach, a w każdym kraju lekarzy zajmujących się wyłącznie tym przedmiotem.

W położnictwie spotykamy się bardzo dawno z pewnemi zabiegami, które nie są czem innem jak męsieniem macicy. Zabiegi te w sposób empiryczny bez głębszych podstaw naukowych wykonywane, stanowią główny sposób łagodnego przyspieszenia lub ukończenia porodu u ludów dzikich[1]). O sposobie tamowania krwotoków w III. okresie porodowym za pomocą męsienia macicy wspomina Caesau w r. 1844. Sposób wygniatania płodu podany w r. 1851 przez Kristellera, metoda wygniatania popłodu podana przez Credego w r. 1853[2]), daléj sposób wygniatania następującéj główki podany przez Martina[3]), są to wszystko zabiegi polegające na męsieniu macicy, przez co sprowadzamy jéj skurcz, który jest niezbędny, aby rzecz sama się udała.

Co się tyczy literatury męsienia w ginekologii, to Francuzi Laisnee i Philipeaux mieli pierwsi leczyć pewne cho-

---

[1]) *Klinische Vorträge über Geburtshilfe*, 1853, p. 598.

[2]) Engelmann: *Die Geburt bei den Urvölkern.* Deutsch u. prof. Hennig. Wien, 1884.

[3]) *Monatschrift fur Geburtskunde* 1865, p. 428.

roby przewodu rodnego kobiecego za pomocą mięsienia, lecz były to tylko próby, które niespostrzeżenie poszły w zapomnienie. Palma pierwszeństwa należy się niezaprzeczenie majorowi szwedzkiemu Thure-Brandtowi i jego też należy uważać, pomimo, że nie był lekarzem za twórcę i rozkrzewiciela metody umiejętnego leczenia chorób ginekologicznych za pomocą mięsienia w połączeniu z gimnastyką szwedzką, bo chociaż może wcześniéj stosowano zabiegi te w chorobach kobiecych, to przecie on był pierwszy, który się wyłącznie temu poświęcił, dał pochop do dalszych badań i prac, rozbudził chęć do poznania prawdziwéj wartości metody, a wreszcie stał się twórcą sposobu leczenia, obniżenia, wypadnięcia i zboczeń w położeniu macicy, za pomocą tak zw. unoszenia macicy (*Uteruslüflung*). Że prace swoje i wyniki dopiero późno ogłosił, przypisać należy temu, że pierwsze jego usiłowania, do których doszedł sposobem prawie przypadkowym, wyleczywszy w 1847 żołnierza, cierpiącego na wypadnięcie prostnicy, były tylko empiryczne. Od téj chwili myślał o tem, czyby tego sposobu nie można zastosować do leczenia wypadnięcia macicy, a przypadki takie jak w ogóle wiele chorób kobiecych miał sposobność widżieć w zakładzie leczniczym w Norköping. Myśl tę, która go odtąd nie opuściła, zamienił w czyn w r. 1861, wyleczywszy trwale i to w przeciągu dni 15-tu kobietę cierpiącą od kilku lat na wypadnięcie macicy. Umysł Brandta bystry i spostrzegawczy, nadto wytrwałość i zasada wykonywania wszystkiego z największą dokładnością, dopomogły mu do tego, że mimo, iż nie posiadał warunków, aby mógł zajmować się ginekologiją, trudności te starał się pokonać, a zachęcony nadto przez prof. Harteliusa, zaczął pilnie badać zboczenia przewodu rodnego kobiecego, poznał stosunki anatomiczne i czynności fizyjologiczne, nareszcie nabrał odpowiednéj wprawy w rozpoznawaniu stanów chorobowych, poznał różne sposoby i drogi badania i od roku 1861 pracuje wyłącznie w zakresie terapii chorób ginekologicznych sposobem mechanicznym. Dziś według słów Schulzego, Schauty i Preuschena ma być mistrzem tak w subtelnem rozpoznawaniu jak i trwałem, a szybkiem leczeniu. Skoro Brandt poznał,

że metoda jego odniosła pożądane skutki i że ją może oprzeć na podstawie naukowej, wystąpił z nią publicznie w r. 1864 w pracy pisanéj po szwedzku, a w r. 1868 w pracy wydanéj w języku francuskim [1]), chciał się tym sposobem w interesie nauki podzielić wynikami z szerszym kołem lekarzy. Z początku niestety prace te nie obudziły zajęcia, a tylko ten lub ów lekarz szwedzki zaledwie o nich wiedział. Za to wyniki pomyślne leczenia jego metodą nie mogły iść w zapomnienie. Chore same doznawszy błogich jéj skutków sprawiły, że oczy lekarzy zwróciły się na niego. Od tego czasu sposób Brandta zaczął nabierać rozgłosu naprzód w Szwecyi, a potem i w innych krajach Europy.

Prace Brandta naturalnie sprawiły, że lekarze zajmujący się ginekologiją zaczęli jéj doświadczać, zdobycze swoje ogłaszali; to też od tego czasu datuje się ożywiony ruch literacko-naukowy w tym przedmiocie. Jedni widzieli w sposobie Brandta jedyny sposób trwałego leczenia wszystkich niemal chorób ginekologicznych bez leków i noża; inni znowu, nieraz nie znając zasady i sposobów wykonywania, odmawiali jéj znaczenia, a co więcéj sądzili, iż metoda ta nie da się wykonać z powodu tego, że jest forsowną, że sprowadza rozdrażnienie nerwowe i nareszcie, że nie ma względu na wstydliwość kobiety. Tak mniemał o niéj prof. Malmsten, nazywając ją *ein ungebührlicher Eingriff in die Geschlechtssphäre des Weibes* i takiż niekorzystny sąd wydał o niéj Ribmayer w swem dziełku [2]). Dotyczyć to miało szczególnie tak zwanego unoszenia macicy, a to dlatego, że zabieg ten wymaga obecności dwóch lekarzy, co w praktyce ginekologicznéj jest rzeczą niemożliwą.

Prawda naturalnie i tu leży w pośrodku. Metoda ta ma zapewne pewne ujemne strony, dotyczące ułożenia choréj,

---

[1]) *Nouvelle méthode gymnastique pour le traitement des maladies des organes du bassin et principalement des maladies utérines.* Stockholm, 1886.

[2]) *Die Massage und ihre Verwertung in den verschiedenen Disciplinen der Medizin,* Wien, 1883.

pozycyi lekarza wykonywającego unoszenie, dalej obecność drugiego lekarza, który palcem w pochwie odpowiednio ułożonym kontroluje ruchy unoszenia, także może być chorej nieprzyjemną, nareszcie i dosyć długi czas trwania zabiegu, jeżeli się uwzględni, że po unoszeniu następuje miesienie więzadeł macico-krzyżowych, dalej oddalanie kolan przy wzniesieniu krzyży i nareszcie trzepanie okolicy krzyżowej i lędźwiowej. Jeżeli się jednak uwzględni skutek zabiegu, dalej to, że omijamy tym sposobem drogę operacyjną, którą kobiety dotknięte chorobami nie zagrażającemi ich życiu nie łatwo wybierają, a która, szczerze mówiąc, także nie daje rękojmi trwałego wyleczenia, to większa część chorych podda się leczeniu i nawet wkrótce nabiera do niego zaufania, jeżeli lekarz zachowuje możliwe ostrożności.

Wynikiem polemiki i tego zajęcia się metodą są bardzo liczne prace umieszczane w pismach lekarskich, a i obecnie prawie każdy miesiąc przynosi nam coś nowego w tym względzie, że tu przytoczę pracę: Aspa[1]), Rosensteina[2]), Greulicha[3]), Prochownika[4]), Bungego[5]), Rescha[6]), Preuschena[7]), i innych. Każdy z piszących stara się podać na podstawie własnych prób pewne wskazówki odnośnie do racyjonalnego i należytego stosowania metody. Rok 1886 stanowi dla Brandta i jego metody nową epokę. Dr. Profanter z Wiednia, poznawszy wyniki leczenia sposobem Brandta w klinice profesora Bandla, udał się do Sztokholmu, aby sobie pod okiem Brandta metodę przyswoić, nadto porozumiawszy się z prof. Schulzem w Jenie, namówił Brandta i asystenta jego Dra Nissena, że ci w celu poddania metody krytyce umiejętnej i zyskania dla

---

[1]) *Ueber Massage des Uterus. Nord. Med. Archiv*, B. X. 1879.
[2]) *Centralblatt für Gynaekologie*, 1881, Nr. 13.
[3]) *Wiener Klinik*, 1882, Juli.
[4]) *Deutsche med. Wochenschrift*, 1882, Nr. 32, 33.
[5]) *Berliner klin. Wochenschrift* 1882, Nr. 25.
[6]) *Centralblatt für Gynaekol.* 1887, Nr. 32.
[7]) *Centralblatt für Gynaekol.* 1888, Nr. 13 i 30.

niéj aprobaty jednéj z powag naukowych, udali się do Jeny i tam w klinice prof. Schulzego leczyli 16 przypadków chorób ginekologicznych, poddając wyniki krytyce Schulzego. To dało powód do wydania broszury przez Profantera [1]) z przedmową Schulzego, w któréj tenże z uznaniem wyraża się o metodzie, mówiąc, że wzbogaciła ona bardzo naszą dotychczasową terapiję.

Od tego czasu co rok jeżdżą lekarze do Szwecyi, aby pod okiem sędziwego, lecz pełnego sił Brandta nabrać wprawy w wykonywaniu zabiegów, od tego też czasu wydano kilka prac o sposobie Thure-Brandta, między któremi należy przedewszystkiem wymienić pracę Rescha [2]) i Seifarta [3]). Z lekarzy Polaków byli w Sztokholmie: Prof. Jordan z Krakowa i Dr. Bylicki ze Lwowa. Pierwszy opisał sposób Brandta i choroby, przy których jest wskazany, w *Przeglądzie Lekarskim* [4]). O wyleczeniu wypadnięcia macicy metodą Brandta pisał Dr. Strojnowski ze Lwowa [5]) i mówił o nim na zjeździe lekarzy i przyrodników we Lwowie w r. 1888. Dr. Sielski [6]) pisał również o metodzie Brandta i wydał o niéj bardzo niekorzystny sąd, przez co naraził się na ostrą krytykę ze strony Arendta w artykule jego z 1890 r. Nie wszyscy jednak są tak szczęśliwi, że mogą poznać metodę u jéj źródła, a chociaż dłuższego potrzebują czasu, aby poznać zasadę i nabrać odpowiedniéj wprawy, mogą przecież zapoznawszy się z literaturą, po dłuższych próbach, wykonywanych bądź w klinikach lub szpitalach, dojść do tego, że z korzyścią dla chorych zajmować się mogą leczeniem chorób ginekologicznych mechanicznym sposobem. Przy dobrych chęciach

---

[1]) *Die Massagen in der Gynaekologie*, Wien, 1887.

[2]) Thure-Brandts. *Heilgymnast. Behandlung weibl. Unterleibskrankheiten*, Wien, 1888.

[3]) *Die Massage in der Gynaekologie*, Stuttgart, 1888.

[4]) *Przegląd Lekarski*, rok 1889, Nr. 43 i 44.

[5]) *Przegląd Lekarski*, Kraków, 1878, Nr. 37.

[6]) *Centralblatt für Gynaekologie*, 1889, S. 4.

wytrwałości i pracy można się spodziewać pomyślnych skutków. Zawsze jednak leczenie tą metodą musi zostać własnością niewielu, gdyż aby je wykonywać, trzeba być biegłym w dokładnem rozpoznawaniu chorób i zboczeń dotyczących macicy i jéj otoczenia, czego naturalnie od wszystkich lekarzy wymagać trudno, a kto, jak mówi Seifart, potrzebuje sondy, aby w prawidłowych stosunkach rozpoznać, czy macica jest ku przodowi lub ku tyłowi zgięta, ten niech się do mięsienia nie zabiera. Nie wielu też lekarzy tym sposobem leczenia się zajmuje i z powodu braku czasu, gdyż zabiegi to dosyć mozolne, jeżeli mają odnieść pożądany skutek, należy je wykonywać dokładnie i systematycznie. Są niektórzy nawet tego zdania, że leczenie to powinny prowadzić osoby nie fachowe, lecz akuszerki lub posługaczki, bo ono ma ubliżać powadze lekarskiéj. Na to dosyć przytoczyć słowa wielkiego Listera, który operując w odbytnicy, miał powiedzieć, że lekarze o tyle od innych są szczęśliwsi, że cokolwiekby robili około chorego dla jego dobra, nic ich powadze ubliżyć nie może. Dlategoto leczenia za pomocą mięsienia nie zawsze odnosiło skutek, bo wykonywali je ludzie, co nie pomódz, lecz zaszkodzić mogli; pomocą prawdziwą może ono być tylko w rękach lekarza.

O działaniu fizyjologicznem mięsienia możemy powiedzieć, opierając się na rozlicznych, a bardzo dokładnych pracach, dokonanych na zwierzętach przez Mosengeila, Danilewskiego, Zabludowskiego i innych, że wywiera ono wpływ bezpośredni mechaniczny przez to, że opróżniając naczynia limfatyczne, przyczynia się do wessania szybkiego wysięków, przesięków i wylewów krwawych, do rozluźnienia nieprawidłowych zrostów i pośrednio przez zmianę krwi obiegu, drażnienie mięśni bezpośrednie lub pośrednie drogą odruchów i przez to wpływa na szybszą przemianę materyi, z czego wynika zmiana w odżywianiu tkanek. Z działania tego łatwo można uczynić wniosek, w jakich to przypadkach przedewszystkiem możemy się spodziewać dobrych wyników z mięsienia w przebiegu chorób ginekologicznych. Słusznie też

Resch w artykule swoim[1]) wymienia następujące choroby narządów rodnych kobiecych, w których mięsienie daje w stosunkowo krótkim czasie pomyślne rezultaty i wypełnia braki innych znanych środków leczniczych.

1) Zapalenia przewlekłe i przyostre w miednicy małéj i wynikłe stąd zmiany w położeniu macicy i jéj części dodatkowych.

2) Krwistek zamaciczny i towarzyszące téj sprawie zmiany zapalne na otrzewny.

3) Zapalenie przewlekłe macicy.

4) Obniżenie i wypadnięcie macicy.

To są w rzeczy saméj najważniejsze wskazania, na które zresztą wszyscy się zgodzą.

Mięsienie nie jest tak niewinnym zabiegiem, aby sobie w każdym przypadku i w każdym czasie pozwalać gnieść do woli; w ten sposób moglibyśmy nieraz bardzo zaszkodzić; to też istnieją pewne ścisłe przeciwwskazania. I tak nie należy stósować mięsienia w okresie zapalenia ostrego; w sprawach zapalnych na tle zakażenia, a więc w rzeżączce i gruźlicy w ropniach i nowotworach złośliwych. W pierwszym razie zapalenie może się powiększyć, w drugim sprawa może się uogólnić w ustroju drogą naczyń, a nareszcie przy nowotworach byłaby to praca Syzyfa; a nadto moglibyśmy przez ucisk i nawał krwi wywołać krwawienie. Co się tyczy obniżenia i wypadnięcia macicy, to i w tych razach, jeżeli powłoki brzuszne są mocno napięte lub bardzo tłuste, jeżeli mamy zanik macicy lub osoby zgrzybiałe, u których tkaniny straciły już swą żywotność, a choroba trwa bardzo dawno, to lepiéj nie zaczynać, bo nadzieja nasza zwykle bywa zawiedziona. Aby mięsienie przyniosło pożądany skutek, trzeba wiedzieć: co? kiedy? i jak? mamy masować.

Pierwsze pytanie rozstrzygnie dokładne rozpoznanie, na które stać tylko lekarza obeznanego ze sposobami badanio ginekologicznego. Co się tyczy pytania, kiedy można

---

[1]) *Centralblatt f. Gynaekologie,* 1887, Nr. 32.

mięsienie rozpocząć, to zdania są podzielone. Thure-Brand, a za nim część jego uczniów, używa mięsienia w każdym okresie sprawy zapalnéj, rozumie się samo przez się, że inaczéj masuje podczas zapalenia ostrego, gdy istnieje znaczna bolesność, bo mięsi bardzo oględnie, krótko, lekko, używając przeważnie ruchów drżących i czyniąc pewne przestanki, poczem poleca okłady. W przypadkach dawniejszych, gdzie gorączka minęła, bolesność jest nieznaczna, wysięk twardszy, masuje silniéj i dłużéj, a choréj pozwala chodzić. Z początku swéj praktyki Brandt podczas regularności leczenie przerywał, dopiero gdy Dr. Nissen przyszedł do przekonania, że u chorych, które się na to zgodziły, mięsienie podczas peryjodu nie tylko nie szkodzi, ale nawet czas leczenia wobec większego przypływu krwi do części rodnych i większéj wrażliwości nerwów naczynioruchowych staje się o wiele krótszym, poleca Thure-Brandt mięsienie w okresie regularności, a do zdania tego przyłączają się Resch i inni.

Należy jeszcze odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób mięsienie wykonywać należy? Wiadomo Panom, że technika mięsienia bez względu na to, w jakiéj gałęzi medycyny ją stosujemy, posługuje się pewnemi stałemi rękoczynami, które różne mają znaczenie, odnośnie do wpływu, jaki wywierają na obieg krwi, na czynności mięśni i nerwów. Nie chcę wyliczać wszystkich nazw przeważnie francuskich, których mamy wyżéj tuzina, powiem tylko, że czterech z nich w ginekologii najczęściéj się używa t. j. *effleurage*, *vibrations pointées et profondes*, *massage à friction*, i *tapotement*. Pierwsze są tylko słabszem lub silniejszem głaskaniem wykonywanem dośrodkowo trzecią falangą czterech palców; drugie są to ruchy drżące, przyczem układamy rękę krogulcowato na odpowiednem miejscu i wprawiamy ją w ruchy drżące; trzecie są to ruchy koliste, które również wykonywamy ostatnią falangą palców, a palec duży jest niejako osią; ostatnie jestto trzepanie, które wykonywamy brzegiem rąk od strony palca małego, przyczem ręce są wyprostowane lub lekko zgięte. Musimy jednak mieć na względzie, że Brandt leczy z jednéj strony sprawy zapalne, używając ku temu ruchów wyżéj wy-

mienionych, z drugiéj strony zaś leczy obniżenie i wypadnięcie macicy sposobem oryginalnym, którego jest wynalazcą, a mięsienia używa tylko jako środka pomocniczego, główne zaś rękoczyny, t. j. tak zwane unoszenie macicy (*Uteruslüftung*) oddalanie i zbliżanie ud (*Knieteilung unter Kreuzbeinhebung*) są to zabiegi nie mające wiele wspólnego z mięsieniem.

Jak się jedne i drugie zabiegi wykonywa, opisywać nie będę, raz dlatego, że musiałbym powtórzyć dosłownie to, o czem już wielu pisało, a powtóre, że opis ten mimo dokładności nie daje należytego obrazu techniki wykonania. Kto chce zapoznać się z tą sprawę bliżéj, znajdzie dokładny opis w pracy Rescha lub w artykułach Preuschena, prof. Jordana, świeżo ogłoszonéj pracy Arendta [1]). Według słów Brandta należy zawsze zaczynać mięsienie łagodnie i to więcéj w okolicy wypociny, a skoro tkliwość jest znaczna, masować należy krótko, robiąc przestanki i używać najwięcéj ruchów drżących, które nie zwiększają lecz zmniejszają bóle. Gdy się sprawa polepsza, posiedzenia mogą trwać dłużéj, a mięsienie może być silniejsze. Wszystkie ruchy należy wykonywać dośrodkowo, a zatem przy mięsieniu części dodatkowych macicy ku téj ostatniéj, a przy mięsieniu macicy ku ujściu wewnętrznemu. Kiedy w ostatnich trzech latach leczenie chorób kobiecych za pomocą mięsienia stało się głośnem, a wszystkie dzienniki lekarskie podawały wyniki spostrzeżeń i prób pomyślnych w tym kierunku wykonanych, kiedy wreszcie prof. Jordan powróciwszy ze Sztokholmu w Tow. Lek. zasady metody Thure-Brandta przedstawił, a sposób leczenia wypadnięcia macicy za pomocą unoszenia na fantomie pokazał i do doświadczeń i prób zachęcał, nabrawszy przekonania, że sposób ten leczenia jest uzasadniony i racyjonalny, postanowiliśmy zastosować go w klinice prof. Madurowicza w odpowiednich przypadkach, na co otrzymaliśmy od niego zezwolenie.

---

[1]) *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1890, Nr. 1, 2 i 3.

Zrazu wprawdzie miałem pewne trudności ze względu na to, że nie miałem wprawy w zastosowaniu mięsienia do leczenia chorób ginekologicznych, znając zasady tylko w teoryi, ale mogłem o tyle wziąść się śmieléj do tego, że wykonywałem mięsienie już od dawna w przebiegu chorób innych narządów w zakładzie wodoleczniczym w Krynicy, skorzystawszy ze wskazówek praktycznych i widząc wykonywanie rękoczynów w klinice prof. Mikulicza. Ponieważ zaś wyniki moje były co najmniéj zadowalniające, przeto miałem nadzieję, że i tu będę mógł, stosując się do zasad dotychczas zalecanych, osiągnąć pewne skutki.

Z początku ograniczyłem się do leczenia za pomocą mięsienia wysięków w tkance okołomacicznéj lub wysięków na otrzewny macicy i jéj otoczenia, występujących w przebiegu połogu. Wykonywając zabiegi, trzymając się wskazówek podanych przez Brandta, a wyłożonych treściwie w dziele Rescha, Schreibera i Reybmayra, jak również korzystając z uwag tych autorów, którzy wówczas o tym przedmiocie pisali. Leczyłem w ten sposób co najmniéj dziesięć chorych, a wyniki jak na początek przeszły moje oczekiwanie, co mogłem wnosić z tego, że chore dotknięte tą samą chorobą i to nieraz w niższym stopniu, które dla porównania poddawałem leczeniu za pomocą kąpieli, stosowania przetworów jodowych w różnych postaciach, daleko dłuższego czasu potrzebowały do osiągnięcia polepszenia; a polepszenie to w porównanie iść niemogło z wynikami, jakie dawało mięsienie. Równocześnie mogłem stwierdzić, że objawy złego i leniwego zwijania się macicy, które często towarzyszą sprawom zapalnym połogowym, a którego przyczyny szukać należy raz w ucisku, jaki wywiera wypocina na naczynia krwionośne i limfatyczne, a powtóre w podwyższeniu ciepłoty towarzyszącem zapaleniu, pod wpływem mięsienia szybko ustępowały; macica z dnia na dzień się zmniejszała, stawała się twardszą, przyjmując prawidłowe położenie, a odchody różowe lub brunatne zmieniały się na śluzowe, naturalnie, że i sprawa zapalna czyli raczéj jéj produkt szybko ustępował, a i stan ogólny chorych polepszał się, ustępowało osłabienie, przypady ze strony

moczu i stolca, apetyt wracał, a chora blada przedtem o rysach twarzy zaostrzonych, zdradzających ciężką chorobę, nabierała cery zdrowéj i podmiotowo czuła się zupełnie zdrową. Wprawdzie były i takie przypadki, gdzie po męsieniu chora doznała bólów, a badanie przedmiotowe wykazało znaczniejszą bolesność, dwa razy stan nawet gorączkowy wystąpił, lecz objawy te były przemijające zwłaszcza, że dnia następnego nie wykonywano męsienia, a za to stosowano okłady lodowe lub wysychające. Zresztą inni autorowie także o tem wspominają, nie przywiązując do tego wielkiego znaczenia Zawsze jednak trzeba być w tych przypadkach ostrożnym, aby nieodpowiedniem postępowaniem nie wywołać powiększenia się wysięku, co u nas raz miało miejsce, a to, gdyśmy mimo bolesności przystąpili do męsienia, uważając chorą za zbyt tkliwą, trzeciego dnia wystąpił stan gorączkowy, boleści, i mogliśmy potem przekonać się, że guz się powiększył. Zaburzenie to trwało na szczęście kilka dni, a chora ta w zupełnie dobrym stanie opuściła klinikę.

Wypada mi teraz postępowanie nasze opisać, przyczem zwracam tylko na to uwagę, co jest najważniejsze, a w końcu na poparcie metody, przedstawić w główniejszych przynajmniéj zarysach historyję tych chorych, których wyleczenie niewątpliwie męsieniu przypisać należy, gdyż zazwyczaj stosując takowe, wstrzymywaliśmy się od używania innych środków, chociaż nie zawsze. Żeśmy wyniki pomyślne otrzymali, zasługą jest w pierwszym rzędzie Prof. Madurowicza, który do czynienia doświadczeń w klinice nas zachęcał, a który przez dokładne rozpoznanie i postawienie wskazania najważniejszą część leczenia wypełniał. Reszty dopełnialiśmy wspólnie, gdyż jeden wobec zajęć klinicznych temu podołaćby nie mógł, jeżeli się zważy, że nieraz kilka chorych równocześnie w klinice leżało.

W przypadkach zapaleń i wysięków w miednicy małéj, które to choroby stanowiły przeważną część naszego materyjału doświadczalnego, przystępowaliśmy do męsienia dopiero wtedy, gdy minęły objawy ostrego zapalenia, a więc stan gorączkowy i znaczne bóle, a pierwsze posiedzenie roz-

poczynaliśmy dopiero w trzy dni po ustąpieniu gorączki, przyczem i bolesność znacznie się zmniejszyła. Posiedzenia nasze odbywały się zazwyczaj między godziną 5—7 wieczorem, czasem rano. Nie należy wykonywać mięsienia tuż po spożyciu większéj ilości pokarmów. Przed posiedzeniem należy wypróżnić odbytnicę i pęcherz, inaczéj chora powłoki brzuszne napina, gdy pęcherz jest wypełniony, a wypełnienie odbytnicy utrudnia dostęp do wypociny i zmienia stosunki miejscowe, a już nie pozwala żadną miarą na wprowadzenie palca do odbytnicy, jeżeli tym sposobem chcemy masować. Mięsienie wykonywaliśmy w łóżku i to w ten sposób, aby choréj niepotrzebnie nie ruszać, przysuwała się na brzeg łóżka lewy, lekarz siadał po stronie lewéj, chora zbliżała kończyny dolne zgięte w stanie kolanowym do brzucha, a górna część ciała była nieco podniesiona. W ten sposób napięcie powłok brzusznych, jeżeli choréj zaleciło się swobodnie oddychać, można było zmniejszyć. Unoszenie zaś macicy i resztę zabiegów w niem złączonych wykonywaliśmy na stołku ginekologicznym przeznaczonym do badania, który odpowiada zupełnie temu celowi i okazał się nam zupełnie wystarczającym. W tem miejscu muszę wspomnieć, że używano dawniéj dwóch sposobów mięsienia: 1) mięsienie zewnętrzne, nie różniące się wiele od mięsienia powłok brzusznych w ogólności i 2) mięsienie zestawione, nazwane niewłaściwie mięsieniem wewnętrznem. Pierwsze polega na tem, że ręką lub obiema rękami ułożonemi na miejscu zboczenia chorobowego wykonywamy pewne ruchy. Ten sposób polecany przez Prochownika [1]) nie wielu ma zwolenników, bo o ile skutecznem jest mięsienie powłok brzusznych przy niedowładzie jelit, które często towarzyszy chorobom kobiecym, o tyle małe ma znaczenie w leczeniu wysięków zapalnych w miednicy małéj, albowiem ugniatając od góry i zewnątrz nie mamy żadnéj kontroli ani miary w użyciu siły, a tylko cisnąc na guz i naciągając przez to

---

[1]) *Tageblatt der 57. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Magdeburg*, 1884, p. 229.

więzy, sprawiamy bóle, a jeżeli nawet guz jest tak wielki, że zajmuje część miednicy dużéj, to wtedy możemy wprawdzie przyczynić się do wessania części górnéj, całego zaś produktu zapalnego nie usuniemy. Powiedzieć to mogę, opierając się na własnem doświadczeniu, albowiem raz zmuszony byłem użyć tego sposobu u panienki młodéj, która cierpiała na zapalenie około kiszki ślepéj, które przeniosło się na jajnik prawy. Otóż po 3 tygodniowem leczeniu wysięk około jelita ustąpił zupełnie, a tylko w głębi miednicy małéj czuć mogłem górny odcinek guza wielkości jaja, który podczas mięsienia usuwał się z pod ręki, a chora mówiła, że sprawia jéj to ból. Od tego też czasu polepszenia nie mogłem stwierdzić (obserwowana z doc. Marsem w Krynicy). Mięsienie zewnętrzne jednak może przynieść pewną korzyść tam, gdzie zestawione z początku szczególniéj u kobiet nerwowych i wrażliwych z powodu znacznego napięcia powłok jest wprost niemożliwe i bezskuteczne, wtedy to kilkakrotne mięsienie powłok brzusznych, które sprawia, że chora do ucisku się przyzwyczaja, może być bardzo pożyteczne, a nazwałbym je mięsieniem wstępnem, po którem nastąpić powinno zestawione, jako właściwy zabieg leczniczy. Co się tyczy drugiego sposobu mięsienia tak zw. zestawionego, to ono polega na tem, że podczas gdy jedna ręka, zazwyczaj prawa, wykonywa mięsienie przez powłoki brzuszne, to jeden lub dwa palce drugiéj umieszczone w pochwie lub odbytnicy nieruchomo, podpierają guz i kontrolują ruchy i ich siłę ręki drugiéj, palce te stanowią niejako podstawę, na któréj spoczywa guz, przez co mięsienie jest dokładniejsze, a każdy ruch ręki zewnętrznéj czuje ręka w pochwie lub odbytnicy umieszczona, nadto jeżeli guz jest ruchomy i da się do powłok brzusznych zbliżyć, to i to zadanie palec w pochwie lub odbytnicy ułożony uskutecznia. Żadną miarą jednak nie można się zgodzić z Aspem, który radzi wykonywać ruchy palcami w pochwie ułożonemi; to sprawia tylko podrażnie, a do leczenia wcale się nie przyczynia, owszem zaszkodzić może, gdyż mięsienie w pochwie ograniczyć się może tylko na małą i to środkową część guza, co nawet

prowadzić może do wywołania ropnia. Raz tylko tego sposobu użyliśmy przy wypocinie w zatoce Douglasa, schodzącéj do połowy prawie tylnéj ściany pochwy i wypuklający ją znacznie. Podrażnienie nerwowe były widoczne, o czem przekonywał nas wyraz twarzy choréj; nadto wydzielała się znaczna ilość śluzu przeźroczystego, pochodzącego prawdopodobnie z gruczołów Bartoliniego. Odtąd zaniechaliśmy tego sposobu, owszem baczyliśmy na to, aby palec umieszczony w pochwie lub odbytnicy żadnych nie wykonywał ruchów. I na to zwrócić uwagę należy, że u chorych, które oddawały się masturbacyi trzeba z mięsieniem być ostrożnym, bo łatwo u nich wywoływamy podrażnienie już przez samo przyłożenie palca do łechtaczki mimo, że ten spoczywa nieruchomo, a chore takie formalnie domagają się mięsienia, które im widocznie przyjemność sprawia, a zarazem szkodzi. Że zaś one masturbacyją wykonywały, to poznać można po zachowaniu się łechtaczki i warg mniejszych, które są zazwyczaj wydłużone, fartuszkowate, a i wywiadami także posługiwać się można. Mięsienie od odbytnicy w naszych przypadkach okazało się bardzo korzystnem przy wysiękach znacznych, umieszczonych w zatoce Douglasa, w którym to razie możemy głęboko włożywszy palec do odbytnicy, guz wraz z macicą lepiéj wysunąć ku powłokom brzusznym, a zabieg ten jest dla choréj mniéj bolesnym, niż skoro to czynimy przez tylne sklepienie, bo wtedy ciśniemy tylko na dolną przednią część guza, przyczem napina się mocno sklepienie, podczas gdy czyniąc to przez odbytnicę ucisk wywieramy na dolną i tylną część wypociny i lepiéj możemy ją do drugiéj zbliżyć ręki. To samo tyczy się zrostów w zatoce Douglasa, wywołujących przemieszczenie i unieruchomienie macicy, jak również spraw zapalnych około trąbek i jajników; tu palcem wskazującym możemy dojść bardzo wysoko, nie sprawiając choréj bólu i podpierać te części, które ręka przez powłoki brzuszne ma masować. Palec umieszczony w odbytnicy trzymamy naturalnie nieruchomo, a wyjątek stanowią te przypadki, gdy w celu przyspieszenia obiegu limfy i opróżnienia grubszych naczyń limfatycznych chcemy wykonać ruchy łukowate wzdłuż linii

bezimiennéj, poczynając od poziomėj gałęzi kości łonowéj, a dążąc ku odpowiednéj zatoce krzyżowo biodrowéj. Jestto tak zwane *malning*. Posiedzenia zazwyczaj robiliśmy raz na dzień, gdyż przypadki nasze przedstawiały stan zapalny przyostry, a wysięk był jeszcze bolesny, przeto obawialiśmy się przez częstsze mięsienie zaostrzenia sprawy, za to w przypadkach wysięków dawniejszych, twardych, niebolesnych, lub gdy nam chodziło o zjędrnienie tkanin i pobudzenie czynności nerwów, tam stosowaliśmy mięsienie dwa razy dnia, w pierwszym razie silniej i dłużéj trwające, w drugim słabe i przez kilka minut. Jeżeli po masowaniu chore skarżyły się na ból, stosowaliśmy okłady wysychające lub lodowe. Prawie wszystkie chore przez czas leczenia zachowywały spokój bezwzględny. Kąpiele nasiadowe, które u niektórych chorych stosowaliśmy 1 — 2 godzin przed mięsieniem, także przez zmianę krążenia przyczyniały się do szybszego wessania wypociny. Gdy już doprowadziliśmy do tego, że pozostały tylko resztki wypociny, a bolesność ustąpiła zupełnie, wtedy dla braku miejsca chore opuszczały klinikę, zgłaszały się natomiast co dzień lub co dwa dni i tym sposobem mogliśmy osiągnąć zupełne wyleczenie, do czego jednak potrzeba było dłuższego czasu.

Co się tyczy krwisteków zamacicznych, to chore zgłaszały się do nas zwykle w tym okresie, gdy już około krwi wylanéj wytwarza się wypocina; mimo to przystępowaliśmy do mięsienia dopiero po ustąpieniu gorączki, nie możemy więc nic powiedzieć o wynikach świetnych, jakie otrzymywał Brandt, stosując mięsienie w okresie bardzo wczesnym. To tylko zauważyć można, że te przypadki dozwalają może najpomyślniej rokować i że w bardzo krótkim stosunkowo przeciągu czasu od 10 — 20 dni za pomocą mięsienia usunąć jesteśmy w stanie nawet znaczne guzy krwawe. Nigdy posiedzenia pierwsze nie trwały dłużéj nad 3 do 4 minut, przyczem wykonywaliśmy je ostrożnie, używając przeważnie ruchów drżących i robiąc przestanki, a gdy chora te zabiegi dobrze znosiła, przechodziliśmy do mięsienia silniejszego i trwającego 8—10 minut.

W przypadku wypadnięcia macicy, który mieliśmy sposobność leczyć w ostatnich czasach (gdyż nie wszystkie nadają się do tego leczenia, jak to wyżéj wspomniałem), osiągnęliśmy nadzwyczaj pomyślny wynik, trzymając się zasad podanych przez Brandta. Nie tylko że już po kilku posiedzeniach macica nie wypada, a ściany pochwy z sąsiedztwem są lepiéj złoczone, ale nawet szpara sromowa przedtem na cztery palce rozwarta znacznie się zwęziła, wrzód na części pochwowéj bez leczenia się zagoił, a macica któréj długość wynosiła 12 cm. zmniejszyła się o tyle, że po dwu tygodniach długość jéj wynosiła $8\frac{1}{2}$ cm., daléj regularność, przedtem obfita i połączona z boleściami, odbywała się prawidłowo, a przypady ze strony pęcherza i odbytnicy ustąpiły w zupełności, również uczucie ciężkości i bóle w krzyżach się nie powtarzają. Jak długo to wyleczenie trwać będzie i czy będzie trwałe, przeceniać nie możemy, bo chora nasza należy do ludzi z klasy roboczéj, więc zawsze narażoną będzie na warunki usposabiające do wypadnięcia, jednak i pod tym względem są już spostrzeżenia, że nawet u takich osób stan po kilku miesiącach się nie zmienił, jak o tem wspomina Skutsch[1]), a zresztą i leczenie operacyjne, które jest niebezpieczniejsze i wymaga także 2—3 tygodni czasu, nie daje też rękojmi, że skutek po niem będzie trwały.

Rozdrażnienia nerwowego, które stanowi jeden z główniejszych zarzutów czynionych metodzie, nie zauważyliśmy nigdy. To jednak nie upoważnia nas bynajmniéj do wydawania w téj mierze stanowczego sądu, gdyż spotrzeżenia nasze odnoszą się do kobiet z klasy niższéj, u których pobudliwość nerwowa może być mniejsza. Opierając się jednak na trzech przypadkach z praktyki prywatnéj, nie mogę stwierdzić (n. b. jeżeli miesienie wykonywa się z wszelką ostrożnością), jakoby ono sprawiało widoczne rozdrażnienie nerwowe. Ponieważ w klinice dla braku miejsca, a znacznego napływu chorych, czas leczenia o ile możności staramy się

---

[1]) *Fortschritte der Medicin*, 1887, B. 13.

skrócić, zatem obok miesienia używaliśmy w przypadkach wypocin dawniejszych, twardych niebolesnych, kąpieli nasiadowych ciepłych z dodatkiem soli lub ługu francensbadzkiego, przestrzykiwań ciepłych i okładów wysychających. Że te środki przyczyniały się do szybszego wessania, nie ulega wątpliwości, mięsieniu jednak należy przypisać przeważny wpływ na usunięcie produktu zapalnego, bo i dawniéj przecież używaliśmy tych środków leczniczych, a jednak wynikami takiemi i to w tak krótkim stosunkowo czasie osiągniętemi nie mogliśmy się poszczycić. To też zdanie Prochownika wypowiedziane na zjeździe przyrodników w Magdeburgu 1884 roku, że mięsienie zaczynać należy, skoro już wyczerpaliśmy cały zasób środków leczniczych, nie wielu ma zwolenników, zwłaszcza, że mięsienie tem lepsze daje wyniki, im je wcześniéj stosujemy, przeciwnie zaś, gdy już sprawa zadawniona, a produkt zapalny zorganizowany twardy, włóknisty, wtedy i po tem leczeniu nie możemy się spodziewać nadzwyczajnych wyników. Brak miejsca w klinice był również powodem, że musieliśmy nieraz wypisywać chore z resztkami wypociny, które wprawdzie żadnych dolegliwości chorym nie sprawiały i za zupełnie wyleczone się uważały, nie wątpię jednak, że i te zgrubienia przy dłuższem leczeniu usunąćby się dały. Wszak Brandt sam mówi, że leczenie w przypadkach zadawnionych trwa nieraz miesiące, u nas tylko w kilku przypadkach trwało więcéj niż miesiąc. Na podstawie więc przypadków leczonych w dwu ostatnich latach w klinice prof. Madurowicza przyszliśmy do przekonania, że mięsienie zastosowane w sposób umiejętny, to jest po dokładnem rozpoznaniu, z uwzględnieniem należytem wskazań i przeciw wskazań, a wykonane ręką lekarza, znającego dokładnie stosunki miednicy małéj i umiejącego zastosować w odpowiedni sposób, zgodny z zasadami metody, jest w stanie szybcéj i pewniéj leczyć większą część zapalnych spraw, dotyczących macicy i jéj części dodatkowych i dla tego zasługuje ze wszech miar na dalsze w tym kierunku doświadczenie i na to, aby szersze koło lekarzy tym sposobem leczenia posługiwać się mogło.

W końcu na poparcie moich spostrzeżeń przytaczam historyje tych chorych, u których wyleczenie nastąpiło jedynie i wyłącznie pod wpływem mięsienia i ograniczę się tu dla krótkości, do dat anamnestycznych i rozpoznawczych, podając w kilku słowach wynik badania podczas przyjęcia chorėj i wynik badania w chwili jėj wystąpienia z kliniki. Te daty sądzę wystarczą, aby wyrobić przekonanie o pomyślnych skutkach mięsienia w przebiegu pewnych chorób ginekologicznych i zachęcą do nowych prób, które przyczyniłyby się do utrwalenia dotychczasowego korzystnego sądu wielu ginekologów o tym sposobie leczenia.

1) Anna Cz., lat 28, stanu wolnego, przyjęta do kliniki dnia 18/10 1889 r.

Wywiady. Pierwsza regularność w 16 roku życia i odtąd prawidłowo się odbywała. Rodziła dwa razy, ostatni poród przed 2 ma miesiącami. Opuściła szpital dnia 10-go po porodzie. W cztery dni doznała znacznych bólów dołem i parcia na mocz, poczem wystąpił silny dreszcz i gorączka. Bóle dołem i parcie na mocz utrzymywały się długo, również dreszcz powtarzać się miał co dnia. Stolec zaparty.

Stan obecny, w dniu 18/10. Ciepłota 38·2, tętno 110, nikłe. Brzuch wypuklony, kiszki rozdęte. Na 3 palce nad spojeniem łonowem w linii środkowėj guz przechodzący więcėj na lewo i sięgający aż do kolca biodrowego lewego, po stronie prawėj guz przekracza linię środkową aż do guzika biodrowo-łonowego. Guz ten dosyć twardy, o brzegach nie dosyć ostro odgraniczonych, o powierzchni falistėj, nieruchomy i nieco bolesny. Odgłos nad nim stłumiony. Przedsionek sinawo różowy, błona śluzowa rozpulchniona, z pochwy wydobywa się mierna ilość śluzu brunatnawego. Ciepłota w pochwie podwyższona, ściany pochwy pulchne, soczyste. Część pochwowa dosyć wysoko ustawiona, również pulchna, po stronie lewėj krótsza, niż po prawėj, nieco na stronę prawą przesunięta, ujście szparowate z wrębami. Dalszy ciąg części pochwowėj w sklepieniu przedniem i prawem, macica powiększona jak w 3 miesiącu ciąży, miękka, mało ruchoma. Sklepienie lewe obniżone, ciężkie, szersze niż niż prawe, bolesne; błona śluzowa nad niem nieprzesuwalna, podobnie się przedstawia część sklepienia tylnego i przedniego na lewo. Sklepienie prawe węższe, wolne. Wypuklenie to sklepienia pochodzi od dolnego odcinka guza, który można wybadać przez

powloki brzuszne. Guz ten jest prawie nieruchomy. Na palcu śluz brunatnawy. Wziernik wykazuje zasinienie pochwy i cz pochwowéj, większe rozpulchnienie, a z ujścia macicy wypływa śluz brunatnawy.

Rozpoznanie. *Exsudatum peri- et parauterinum sinistr. Subinvolutio uteri.*

Leczenie w pierwszych dniach z powodu, że chora gorączkowała, polegało na zaleceniu bezwzględnego spokoju, podaniu środka przeczyszczającego *(ol. ricini)*, zastósowaniu okładu wysychającego i środka kojącego *(tra opii simpl. v. suppositorium cum muriat. morphii)*.

Dnia 28/10, to jest w 3 dni po ustąpieniu gorączki, przystąpiono do miesienia, z razu lekkiego i trwającego trzy minuty, późniéj silniejszego i trwajacego 5—8—10 minut; po miesieniu stosowano okład wysychający.

Dnia 3/11 wystąpiły po miesieniu bóle dołem bez podniesienia ciepłoty, wskutek czego przerwano na dwa dni posiedzenia, poczem znowu powrócono do dawnego leczenia. Nietylko naciek z dnia na dzień się pomniejszał, ale macica również znacznie się zmniejszyła, miąższ zjędrniał, a odchody brunatne zmieniły się w śluzowe.

Dnia 29/12 chora opuściła klinikę wyleczona, a badanie tego dnia uskutecznione wykazało: odżywienie dobre, cera zdrowa, macica prawidłowéj wielkości w antefleksyi fizyjologicznéj, ruchoma. W sklepieniu po stronie lewéj nieznaczne tylko zgrubienie.

W tym przypadku zatem przez miesienie osiągnęliśmy w pierwszym rzędzie szybkie zwijanie się macicy i wessanie prawie bez śladu znacznéj wypociny.

2) Cz. Maryja, l. 35, zamężna, przyjęta do kliniki dnia 6/11 1889 roku. Wywiady: Regularność dawniéj prawidłowa. Rodziła raz przed 6-ciu laty. W połogu miała przebyć zapalenie około macicy. Od lat pięciu zauważyła obniżanie się jakiegoś ciała do sromu, szczególniéj przy parciu na stolec, który zawsze był zaparty, przy tem doznawała bólów dołem i w krzyżach, częstego parcia na mocz, regularność od 5-ciu lat połączona z bólami i obfitsza, podczas spółkowania doznaje bólów.

Stan obecny. Odżywienie dobre, osoba nadzwyczaj nerwowa, kiszki rozdęte. Nad spojeniem łonowem i pachwinami nie ma oporów nadzwyczajnych. Odgłos bębenkowy. Srom rozwarty, wejście do pochwy zatkane ścianami pochwy, w miejscu więzadełka blizna. Wejście szerokie. Część pochw.

bardzo nisko ustawiona, dwie falangi długa, stożkowata, twarda. Dalszy ciąg macicy w przedłużeniu tylnéj ściany pochwy ku kości krzyżowéj, macica nieco większa, twardsza; w tylnem sklepieniu na lewo, jakby wiąz postronkowaty napięty, macica nie daje się odprowadzić, a próby w tym kierunku sprawiają ból znaczny, przyczem ów postronek napina się znacznie. W sklepieniu prawem ciało odpowiadające jajnikowi powiększonemu, bolesne i mało ruchome, zresztą sklepienia wolne. Zgłębnik maciczny wykazuje długość macicy 9 cm. Wziernik wykazuje, że część pochwowa ma więcéj pomarańczowo-różową barwę, z ujścia występuje śluz.

Rozpoznanie. *Descensus uteri, retroversio fixata, peri- et oophoritis dextra, metritis et endometritis.*

Chorą przysłano w celu wykonania amputacyi części pochwowéj. My zaś ułożyliśmy plan następujący: rozluźnić za pomocą mięsienia zrost w tylnem sklepieniu, utrzymujący macicę w położeniu nieprawidłowem, jak również sprowadzić przez mięsienie wessanie wypociny około jajnika prawego a wtedy może dopiero wykonać odcięcie części pochwowéj.

Dnia 9/11 przystąpiono do mięsienia tak zrostu jak również jajnika prawego i macicy, przyczem palec wprowadzony do odbytnicy podpierał te części, które ręka przez powłoki mięsiła. Mięsienie i naciąganie zrostu dawało się wykonywać mimo nerwowości choréj bez przeszkód i po kilkunastu mięsieniach można było stwierdzić, że macica jest więcéj ruchoma, odprowadzanie jéj nie jest tak tkliwe, macica daje się ku górze wysunąć, przez co i część pochwowa stała się krótszą, a nasza myśl odcięcia jéj zaczęła ustępować, jajnik prawy prawie niebolesny i nie daje się tak łatwo wybadać jak dawniéj; upławy znacznie się zmniejszyły. Co dzień dwa razy wystrzykiwania z ciepłéj wody.

Dnia 18/11 wystąpił peryjod mniéj obfity i znacznie mniéj bolesny, mięsienie przerwano na dni pięć. Dnia 24-go listopada przystąpiono ponownie do mięsienia, które trwało do dnia 10/12. Chora na własne żądanie opuściła klinikę. Badanie tego dnia przedsięwzięte wykazało: macica znacznie wyżéj usadowiona, zupełnie ruchoma, dająca się odprowadzić; jajnika prawego wybadać nie można, w sklepieniach niema żadnéj bolesności, trzon macicy nieco większy, długość macicy $8\frac{1}{2}$ cm. Właśnie mieliśmy przystąpić do odprowadzania macicy i wykonywania unoszenia téjże, gdy jednak chora nie chciała dłużéj pozostać, musieliśmy po odprowadzeniu założyć krążek i poleciliśmy choréj zgłosić się, gdyby wypadł.

W tym przypadku za pomocą mięsienia osiągnęliśmy rozluźnienie zrostów i wessanie wypociny około jajnika, wskutek czego, jak również przez zjędrnienie tkanin tenże zajął swe położenie prawidłowe. Dodać należy, że chora dłuższy czas leczyła się bez skutku.

3) A. K., lat 30, zamężna, zgłosiła się do kliniki dnia 23/11 1889. Chora ta w roku 1888 dnia 6/12 przyjętą była poraz pierwszy jako niezamężna, a rozpoznawano wtedy: *Haematocele retrouterina.* Leczenie wówczas odniosło pożądany skutek, bo po zastosowaniu mięsienia chora bez śladu wypociny po 26 dniach opuściła klinikę.

Dnia 23 listopada 1889 zgłosiła się znowu i podaje, że regularność od czasu wyjścia z kliniki odbywała się prawidłowo. Przed 7 miesiącami wyszła za mąż. Ostatnia regularność była przed 3 tygodniami, podczas której nastąpił kilkakrotny *coitus*, zaraz po tem doznała boleści w dolnéj połowie brzucha, parcia na mocz, omdlała, poczem wystąpił dreszcz i gorączka. Regularność trwała 10 dni, a boleści utrzymują się aż do chwili przyjęcia do kliniki; mocz oddaje z trudnością, a towarzyszą temu bóle; stolec zaparty.

Stan obecny. Ciepłota 38·2, tętno 108. Cztery palce nad spojeniem łonowem wybadać można opór, o powierzchni falistéj, bolesny, nieruchomy. Odgłos nad tym guzem stłumiony. Badanie wewnętrzne wykazuje obniżenie macicy; sklepienia są zepchnięte, ciężkie, wypuklone, szczególniéj tylne i boczne lewe, a wypuklenie to przechodzi także na sklepienie przednie po stronie lewéj. Błona śluzowa w sklepieniach jest przesuwalną. Wypuklenie to pochodzi od dolnego odcinka guza brzusznego, z którym stanowi całość, dolny odcinek ten jest ciastowaty, bolesny, o powierzchni również falistéj i nieruchomy. Macica, któréj dalszego ciągu wybadać nie można, również jest nieruchoma, w masę tę jakby wmurowana.

Rozpoznanie. *Haematocele retrouterina in exsudato. Descensus uteri.*

Ponieważ chora gorączkowała przez kilka dni, przeto leczenie polegało na podaniu środka czyszczącego, okładów wysychających i bezwzględnym spokoju.

Dnia 1/12 przystąpiono do mięsienia, przyczem z początku podpierano guz od pochwy, a skoro guz się zmniejszył, a macica dająca się wybadać trzonem skierowana była ku wzgórkowi krzyżowemu, wtedy palec podpierający umieszczano w odbytnicy, przez co macicę wraz z guzem

przybliżyć było łatwiéj do powłok brzusznych. Mięsienie wykonywano codzień bez przerwy do 20/12, w którym to dniu chorą na naleganie z powodu zbliżających się świąt wypisano. Badanie tego dnia wykazało: Część pochwowa w wysokości prawidłowéj, dalszy ciąg macicy niepowiększonéj ułożony poziomo, macica prawie zupełnie ruchoma, lecz odprowadzenie ku przodowi połączone jest jeszcze z bólem w krzyżach, przyczem sklepienie tylne, w którem daje się jeszcze wybadać nieznaczne zgrubienie płaskie, napina się znacznie. Chora przyrzekła, że zgłaszać się będzie co drugi dzień w celu doszczętnego usunięcia wypociny, jednak przyrzeczenia nie dotrzymała, prawdopodobnie uważając się za zupełnie wyleczoną, gdyż zgrubienie to niebolesne wcale nie sprawia jéj zapewne dolegliwości.

4) W. M., l. 23, niezamężna. Wywiady: Regularność zawsze prawidłowa. Rodziła raz przed 3 laty. Ostatnia regularność przed 3 tygodniami, podczas tego spółkowanie, poczem zaraz doznała bólów dołem, parcia na mocz, regularność trwała 10 dni. Od tego czasu osłabienie, dreszcze, gorączka. Stolec zaparty.

Stan obecny: Odżywienie dobre. Ciepłota 38·5, tętno wyżéj stu. Nad spojeniem łonowem na 3 palce i więcéj na lewo guz o powierzchni niezupełnie gładkiéj, bolesny, nie ruchomy, ciastowaty; odgłos wypukowy nad nim stłumiony. Badanie wewnętrzne wykazało: część pochwowa odpowiadająca osobie, która rodziła, przybliżona do spojenia łonowego, tylne sklepienie wypuklone przez dolny odcinek guza brzusznego, o tych samych co on własnościach, dalszy ciąg macicy zdaje się być w sklepieniu przedniem, które jest szczelinowate, trzon macicy odchodzi pod lekkim kątem od części pochwowéj i jest ku przodowi przemieszczony. Rozpoznanie: *Haematocele retrouterina. Antepositio uteri.*

Leczenie: zrazu z powodu stanu gorączkowego przeciwzapalne. Dnia 10/12 przystąpiono do mięsienia. Guz z dnia na dzień szybko się zmniejszał, chora zabiegi znosiła bez reakcyi. Posiedzeń było dwanaście. Chora dnia 22/12 z powodu nadchodzących świąt na własne żądanie opuściła klinikę. Badanie dnia 22/12 wykazało: Sklepienie tylne nieco grubsze, zresztą stosunki prawidłowe. Po świętach chora zgłosiła się jeszcze pięć razy do mięsienia, przyczem zauważyliśmy, że i te pięć posiedzeń stanowczo do zmniejszenia tego zgrubienia się przyczyniły, nie ustąpiło ono w zupełpełności, a chora czując się widocznie zupełnie zdrową do kliniki więcéj się nie zgłosiła.

5) B. L., lat 25, izraelitka, zamężna, z Oświęcima, przyjęta do kliniki dnia 3/12. Wywiady: Regularność zawsze prawidłowa. Przed dwoma miesiącami odbyła poród ciężki, który trwał 3 dni, bliższych szczegółów podać nie umie. Dziecię przyszło na świat nieżywe. W siedm dni po porodzie wystąpił dreszcz, gorączka, częsta potrzeba oddawania moczu i bóle szczególniéj w okolicy pachwinowéj lewéj, cierpnięcie kończyny dolnéj lewéj. Stolec zaparty. Zaraz zawezwano lekarza, a leczenie dwumiesięczne przeszło nie przyniosło żadnego skutku. Wprawdzie gorączka ustąpiła, ale bóle w dolnéj połowie brzucha po stronie lewéj, a jeszcze znaczniejsze i nieznośniejsze cierpnięcie odnogi lewéj, co czyni chodzenie nie możebnem, a chorą, młodą osobę, przestrasza, dokucza jéj nieznośnie. Stolec oddaje z trudnością.

Stan obecny: Osoba blada, odżywienie liche. Powłoki brzuszne wiotkie, liczne blizny poporodowe. Nad spojeniem łonowem w linii środkowéj guz na trzy palce, zaokrąglony, zbitości mięsnéj, odpowiadający macicy powiększonéj, miękkiéj. Na lewo od niéj obrzęk rozlany, bolesny, o powierzchni falistéj, sięgający aż do kolca biodrowego lewego, nieruchomy. Badanie wewnętrzne wykazuje: Część pochwowa krótka, krótsza po stronie lewéj, niż po prawéj, ujście tworzy szparę o brzegach pulchnych, szyja dla końca palca drożna ku górze się zwęża. Sklepienie lewe szerokie, zepchnięte, wypuklone, błona śluzowa napięta, nieprzesuwalna, tkliwa, prawe jest wązkie, wolne, przednie i tylne również wolne, a w nich daje się wykazać dalszy ciąg macicy powiększonéj, miękkiéj. Wypuklenie w sklepieniu lewem, a przechodzące nieco i na tylne od strony lewéj, pochodzi od dolnego odcinka guza brzusznego, z którym tworzy całość, odcinek dolny jest co do zbitości podobny do całego guza, nieruchomy, a część pochwowa macicy i wogóle lewy bok macicy jest mniéj ruchomy. Na palcu śluz różowy.

Rozpoznanie. *Subinvolutio uteri, exsudatum parauterinum ingens.*

Leczenie. Ponieważ chora nie gorączkowała, przeto przystąpiono do mięsienia macicy i wypociny. Chora mięsienie znosiła dobrze. W pierwszym rzędzie ustępowało powiększenie macicy z dnia na dzień, jak również dokuczliwe cierpnięcie odnogi lewéj znacznie się zmniejszyło. W drugim rzędzie dopiero po kilkunastu posiedzeniach znacznie guz wypocinowy się zmniejszył, a chora mówiła, że jéj połowę ubyło brzucha. Odchody były skąpe, śluzowe. Chora odzy-

skała apetyt; przygnębienie w czasie jéj przybycia widoczne a objawiające się często wybuchem płaczu. ustąpiło, a w chorą wstąpiła nadzieja wyleczenia, która jéj rzeczywiście nie zawiodła. Chora pozostała w klinice do dnia 6 stycznia b. r., w którym to dniu jako zupełnie wyleczona do domu odjechała.

Badanie dnia 7/1 1890 roku wykazało: Stosunki części rodnych prawidłowe, z wyjątkiem bliznowatego zgrubienia w sklepieniu lewem, idącego od znacznego wrębu po téjże stronie umieszczonego.

6) K. Z., l. 46, wdowa. Przyjęta do kliniki dnia 4 stycznia 1890 roku.

Wywiady: Regularność zawsze dawniéj w prawidłowych odstępach czasu 3—4 dni bez boleści. Rodziła 3 razy. Ostatni poród przed 8 laty. Od dwu lat zauważyła obniżenie się jakiegoś ciała do sromu, co miało miejsce przy ciężkiéj pracy lub przy parciu na stolec. Podczas spokojnego leżenia ciało to cofało się ku górze. Równocześnie cierpiała z powodu częstéj potrzeby oddawania moczu. Od czterech mniéj lub więcéj miesięcy cierpienie znacznie się pogorszyło, gdyż od tego czasu wychodzi ze sromu ciało wielkości pięści i to przy staniu dłuższem, przy kaszlu, kichnięciu, schylaniu się, oddawaniu stolca i moczu, przyczem ten ostatni odpływa dopiero wtedy, gdy chora guz palcami odprowadza. Guz wychodzi mimo podpaski, którą chora nosi. Od czterech też miesięcy regularność bywa obfitsza, trwa 7—9 dni, połączona z bólami, poczem upławy trwają cały miesiąc. Nadto skarży się chora na bóle dołem i w krzyżach, co wszystko czyni ją niezdolną do pracy i dla tego szuka pomocy w klinice.

Stan obecny: Odżywienie dobre. Brzuch miękki, podatny, tkanka tłuszczowa miernie rozwinięta. Nad spojeniem łonowem opór zaokrąglony, jakby od macicy: zresztą nic szczególnego. Szpara rozwarta na szerokość czterech palców. z niéj sterczy guz wielkości jaja indyczego, pokryty błoną śluzową suchą, pomarszczoną poprzecznie. Błona ta śluzowa przechodzi z przodu na tylną ścianę cewki moczowéj. z boków na wargi mniejsze. Na szczycie guza znajduje się wał twardy, siny, gruby, z brzegami na zewnątrz wywiniętemi. W środku tego wału znajduje się poprzeczna szpara, dzieląca go na dwie wargi przednią i tylną, na któréj jest wrzód wielkości czterocentówki, pokryty wypociną słoninowatą. Macając ten guz, czuć można, że pod błoną śluzową jest opór twardy, zbity, odpowiadający szyi macicy i to szyi wydłużonéj, gdyż

dno macicy wyczuć można w wysokości spojenia łonowego, a przejście szyi w trzon leży dosyć wysoko. Guz ten daje się do pochwy odprowadzić i wtedy stwierdza się, że jest to wynicowana pochwa i wypadnięta macica. Po odprowadzeniu guza, dno macicy sięga na 3 palce nad spojenie łonowe, a trzon macicy powiększony, twardy leży więcéj poziomo. Po wyjęciu palca, guz łatwo przed części rodne wypada. Co się tyczy stosunku pęcherza moczowego i odbytnicy do guza, to badanie cewnikiem elastycznym wykazuje, że część pęcherza tworzy zaułek na przedniéj ścianie guza, badanie zaś przez odbytnicę wykazuje uchyłek przedniéj ściany téjże do guza. Zgłębnik maciczny wykazuje długość macicy $12^{1}/_{2}$ cm., przyczem najwięcéj przypada na wydłużoną szyję macicy.

Rozpoznanie. *Inversio vaginae, prolapsus uteri, cysto- et rectocele. Elongatio cervicis, metritis et endometritis chronica, ulcus callosum labii posterioris portionis vaginalis.*

Leczenie. W pierwszym rzędzie postanowiono wyleczyć wrzód na wardze tylnéj, a następnie wykonywać systematycznie unoszenie macicy metodą Brandta wraz z innemi zabiegami, do téj metody należącemi.

Leczenie polegało na tuszowaniu lapisem przewodu szyi i wrzodu, co powtarzano co 5 dni, guz zaś podtrzymywano w pochwie za pomocą dużego tampona. Skoro się wrzód oczyścił i był najwyżéj wielkości centa, przystąpiliśmy do wykonania unoszenia macicy, mając nadzieję, że skoro macica się ku górze cofnie, przez co i krążenie się poprawi, wrzód sam się zagoi. Nadzieja nas nie zawiodła. Skutek leczenia był nadzwyczajny.

Dnia 16 stycznia wykonaliśmy zabieg poraz pierwszy, trzymając się nawet w małych rzeczach poleceń Brandta. A więc po odprowadzeniu macicy wykonaliśmy *lege artis* w pewnych odstępach czasu 3 razy unoszenie, zważając na wyraz twarzy choréj, a z drugiéj strony pilnie śledząc stopień napięcia sklepienia przedniego. Potem wykonano 4 razy zbliżanie i odalanie kolan, a nareszcie trzepanie okolicy krzyżowéj. Następnie przez 10—15 minut chora leżała na brzuchu. Zresztą przez pierwsze kilka dni pozostała w łóżku. Po drugiem i trzeciem posiedzeniu macica pozostała już w pochwie mimo, że nie używaliśmy tamponów, a przypady ze strony pęcherza ustąpiły jakby pod wpływem czarodziejskiéj różczki. Od tego czasu z każdym niemal dniem stan choréj się polepszał tak, że z początkiem lutego stan był mniéj lub więcéj następujący: szpara sromowa znacznie się zwę-

ziła tak, że wcale nie była rozwartą, ściana przednia i tylna pochwy szczególniéj w dolnéj połowie nieźle do sąsiedztwa przyczepione, poprzeczne zmarszczki wyraźne. Część pochwowa tylko nieco niżéj ustawiona w osi miednicy, większa, nie tak gruba, macica w sklepieniu przedniem wybadalna znacznie mniejsza, zbitości prawidłowéj, sklepienia wolne, przednie wysoko ustawione prawie w wysokości górnego brzegu spojenia łonowego. Badanie wziernikiem wykazuje: pochwa różowa, część pochwowa sinawo-różowa, ujście poprzeczne z wrębami, na wardze tylnéj blizna sinawa, po zagojonym wrzodzie (bez jakiegokolwiek leczenia), z ujścia nic się nie wydobywa. Długość macicy wynosi $9^3/_4$ cm. Co do objawów podmiotowych, ustąpiły bóle w krzyżach i uczucie ciągnienia ku dołowi, przypady ze strony pęcherza, również stolec prawidłowy. Mimo, że chora chodzi i wykonywa w klinice pewne posługi, nie czuje nawet, jakoby guz się obniżał i uważa się za zupełnie wyleczoną. W tym stanie przedstawiłem chorą na posiedzeniu Tow. ginekologicznego krakowskiego dnia 4 stycznia b. r., a wszyscy koledzy zawodowi przyznali dzielne skutki leczenia tą metodą. Najlepiéj jednak mógł to ocenić sam prof. Madurowicz, który badał chorą w tym czasie 3 razy. Chora pozostawała w klinice jeszcze do 5 marca, w którym to dniu jako wyleczona zupełnie wypisaną została. W czasie od początku lutego do końca leczenia zaszły takie zmiany, że pochwa stała się jeszcze węższą, ściany jéj w całéj długości dobrze do sąsiedztwa przyczepione, część pochwowa w wysokości prawidłowéj, długość macicy 8 cm., nawet prz mocnem parciu ściany pochwy a tem mniéj macicy się nie obniżają. Z przypadów podmiotowych stwierdziliśmy, że peryjod, który wystąpił 20 lutego, trwał tylko 5 dni, nie był obfity, a chora nie doznawała żadnych boleści mimo, że w czasie regularności nie leżała w łóżku.

7) R. M., lat 31, niezamężna. Przyjęta do kliniki dnia 11 stycznia b. r.

W y w i a d y: Ostatnia regularność w początku maja, ruchy poczuła we wrześniu. Rodziła 3 razy, porody odbywały się prawidłowo. Ostatni przed 2 laty. Pierwsze bóle wystąpiły dnia 10-go stycznia, przyczem zaraz miała odejść woda płodowa.

S t a n o b e c n y. Odżywienie mierne. Ciepłota prawidłowa, tętno spokojne. Badanie zewnętrzne brzucha wykazało powiększenie macicy, odpowiednio do dziewiątego mie-

siąca ciąży. Położenie płodu czaszkowe pierwsze ustalone, gdyż tętno płodowe i grzbiet płodu wyraźnie po stronie lewéj, nóżki zaś płodu po stronie prawéj. Macica jędrnieje wyraźnie, a rodząca wyrabia bóle, używając tłoczni brzusznéj, jakto odpowiada drugiemu okresowi porodu. Badanie wewnętrzne potwierdza badanie zewnętrzne, nadto wykazuje przyczynę przedłużania się porodu w niestosunku wynikłym z wielkości główki, okazującéj wszelkie cechy wodogłowia (*hydrocephalus*). Ponieważ bóle były częste i silne, więc zastosowano u rodzącéj zimne okłady i po dwu godzinach poród ukończył się siłami natury. Urodził się płód płci żeńskiéj, odpowiadający rozwojem 9-ciu miesiącom księżycowym ze zmianami wybitnemi na czaszce, odpowiadającemi wodogłowiu. Płód zmarł w 2 dni wśród drgawek.

Pierwsze siedem dni połogu bez znaczniejszych zaburzeń. Stwierdzono tylko leniwe zwijanie się macicy. Dnia 18 stycznia wieczorem wystąpił dreszcz i to nagle po przebudzeniu się położnicy ze snu, a ciepłomierz wykazał 39·8, tętno wyżéj stu, temu towarzyszył gwałtowny ból w okolicy nadpachwinowéj prawéj i parcie na mocz. Zastosowano leczenie przeciwzapalne. Podwyższenie ciepłoty (przyczem typ jéj wyraźnie zwalniający) utrzymywało się dni 5. Piątego dnia można było wykazać wypocinę zapalną po stronie prawéj jako guz o powierzchni falistéj, bolesny, rozlany, ciastowaty, sięgający aż do kolca biodrowego prawego, nadto bolesność po stronie lewéj w głębi. Macica, mimo że pęcherz i kiszka są próżne, sięga na 4 palce nad spojenie łonowe, miękka, mało ruchoma szczególniéj od strony prawéj. Badanie wewnętrzne wykazuje obniżenie sklepienia prawego, które jest ciężkie, n nad błoną przesuwalną wyczuć można dolny odcinek guza brzusznego bolesny, ciastowaty, o granicach niewyraźnych, po lewéj zaś w tkance łącznéj okołomacicznéj guz wielkości jaja kurzego, twardszy, bolesny, lekko wypuklający sklepienie, wskutek czego część pochwowa po téj stronie jest krótszą, macica miękka, duża, w kierunku prawidłowym, szyja dla palca drożna, jama macicy pusta, błona śluzowa szyi i ciała jéj gładka. Palec czerwono ciemną krwią obłożony, niecuchnącą. Rozpoznanie. *Perimetritis dextra, parametritis sinistra. Subinvolutio uteri post partum.* Ponieważ ciepłota do dnia 22/1 była prawidłowa, a bolesność znacznie mniejsza, przeto przystąpiono dnia 25/1 do miesienia tak macicy jak i wypociny po obydwu stronach. W tym przypadku miesienie odniosło nadzwyczajny skutek. W pierwszym rzędzie macica już po 4 posiedzeniach była o połowę mniej-

szą, miąższ jéj jędrny, a odchody czerwone zmieniły się w śluzowe, niemniéj szybko ustępowała wypocina zapalna tak, że po dziesięciu posiedzeniach położnicę jako wyleczoną zupełnie bez śladu wypociny i z macicą prawidłowéj prawie wielkości przedstawiłem na posiedzeniu Tow. ginekologicznego krakowskiego dnia 4/1 1890 r., poczem opuściła klinikę. Obecni na posiedzeniu członkowie stwierdzili świetny w tym przypadku wynik mięsienia.

8) K. M, lat 23, wolna, przyszła jako ambulantka dnia 8/1 1890 r.

Wywiady: Regularność zawsze prawidłowa. Rodziła raz przed czterema laty, w połogu miała mieć gorączkę, bóle dołem po stronie prawéj i parcie na mocz. Od tego czasu doznaje bólów w pachwinie prawéj, wystąpiły upławy, regularność bywa obfitsza, a towarzyszą jéj bóle kłujące po stronie prawéj. Mocz i stolec prawidłowy.

Stan obecny. Brzuch wypuklony, powłoki podatne. Nad pachwiną prawą guz wielkości pięści, o powierzchni falistéj, twardy, bolesny, nieruchomy, sięgający prawie do kolca biodrowego prawego, odgłos nad guzem stłumiony, zresztą bębenkowy. Przedsionek nie przedstawia nic szczególnego. Pochwa miernie szeroka, część pochwowa nieco na lewo zwrócona, ujście szparowate z wrębami. Dalszy ciąg macicy w sklepieniu przedniem, macica niepowiększona, mało ruchoma. Sklepienie prawe szerokie i obniżone, a przez nie wybadać można dolny odcinek guza brzusznego, który zdaje się wychodzić z prawego boku macicy i jest od téj ostatniéj lekką brózdą oddzielony, macica z guzem jest dosyć silnie połączona, a przez to jak i sam guz mało ruchoma.

Rozpoznanie: *Fibroma uteri subserosum in exsudato.*

Leczenie: Chora ta zgłaszała się do kliniki z początku codzień, późniéj co dwa dni w celu wykonywania mięsienia, którego skutek uwidocznił się przez to, że guz się pomniejszył po 10 posiedzeniach do wielkości jabłka, był ruchomy wraz z macicą, niebolesny i więcéj gładki. W tym stanie przedstawiono chorą w Tow. ginekologicznem dn. 4/1 1890. Chora daléj leczy się jako ambulantka, a guz dziś jest wielkości małego jabłka, o powierzchni nie zupełnie równéj zupełnie ruchomy, przyczem i macica z guzem się porusza, a zatem ten ostatni jest z nią dosyć szeroką podstawą złączony. Przesuwanie guza po stronie lewéj i ku dołowi sprawia choréj jeszcze nieznaczny ból, guz jest twardy i swą zbitością nie odpowiada utkaniu mięsnemu. Wobec tego rozpoznanie

nasze zdaje się słuszne, że mamy do czynienia z nowotworem z tkanki łącznéj (*fibroma*), obok któregowytworzyła się znaczniejsza wypocina, która obecnie ustąpiła. Guz obecnie nie sprawia żadnéj dolegliwości tak, że chora uważa się za zupełnie wyleczoną. Nadto dodać muszę, że mięsienie w ostatnim tygodniu nie zdaje się mieć wpływu na zmniejszenie się guza.

9) M. Z., lat 27, zamężna, przyjęta do kliniki 13 stycznia 1890.

Wywiady: Regularność dawniéj prawidłowa. Nie rodziła. Ostatnia regularność, która miała miejsce przed 18 dniami, miała być bardzo skąpa, połączona z mocnemi bólami w krzyżach i dołem, chora mimo leżenia w łóżku czuła się bardzo osłabioną. Od tego czasu bóle się utrzymują, chora doznaje parcia na mocz, stolec zaparty.

Stan obecny: Ciepłota nie podwyższona, tętno drobne. Brzuch nie przedstawia nic nieprawidłowego, z wyjątkiem lekkiéj tkliwości nad spojeniem łonowem. Wejście do pochwy miernie szerokie. Część pochwowa w wysokości prawidłowéj, do spojenia łonowego zbliżona. Trzon macicy niepowiększony, wybadalny w sklepieniu przedniem, macica w całości ku przodowi przesunięta. Tylne sklepienie wypuklone mocno przez guz wielkości kurzego jaja, tkliwy, o powierzchni falistéj, miękawy, nie ruchomy.

Rozpoznanie. *Haematocele in exsudato.*

Ponieważ chora nie gorączkowała, przystąpiono dnia 15/1 do mięsienia. Guz zmniejszał się z dnia na dzień i to bardzo szybko, stawał się więcej ruchomy, a i macica więcéj ruchoma przyjęła położenie prawidłowe. Dnia 22/1 wystąpił peryjod bez zaburzeń, cztery dni trwający. Dnia 27/1 dalsze leczenie, które trwało do dnia 5/2. W tym dniu chora opuściła klinikę wyleczona. Badanie wykazało, że stosunki w częściach rodnych są prawidłowe, a z wypociny nawet ślad nie pozostał.

W dyskusyi zabiera głos kol. Przewodniczący i oświadcza, że zawsze uznawał mięsienie za dzielny środek leczniczy i kładzie nacisk by mięsienie wypocin zapalnych rozpoczynać zawsze od obwodu wypociny.

Kol. Mars stawia wniosek, aby zapisano do protokółu, że Towarzystwo uważa potępienie kol. Sielskiego przez Arenta za bezprzedmiotowe, co Towarzystwo uchwala. Nie zgadza się

z prelegentem jakoby przybliżanie i oddalanie nóg nie miało znaczenia w leczeniu wypadnięcia macicy.

Kol. Rosner, członek korespondent Towarzystwa znajdujący się jako gość na posiedzeniu Towarzystwa przytacza dwa przypadki ogólnéj peritonitis po masowaniu, z których jeden zakończył się śmiercią, drugi przebiega dotąd bardzo ciężko.

Kol. Mars widział najlepsze wyniki po masowaniu w odchyleniu macicy, zrosłéj z otoczeniem.

2) Kol. Mars przedstawił preparat anatomiczny ciąży pozamacicznéj trąbki lewéj, która się zakończyła śmiercią z powodu krwotoku wewnętrznego. Przypadek ten dotyczył wieloródki zamężnéj, 27 lat liczącéj, która w 17 roku wyszła za mąż. W rok po zamążpójściu wystąpiła poraz pierwszy regularność, w drugim roku poroniła i w połogu cierpiała na bóle w dole brzucha i gorączkowała. Później regularność przebiegła torem prawidłowym, a w ostatnich 3 miesiącach skąpiéj i krócéj niż zwykle. Nagle poczuła chora ból w dole brzucha, poczem nastąpił znaczny upadek sił i omdlenia; w stanie tym przeniesiono chorą na klinikę wewnątrzną, gdzie rozpoznano nagromadzenie się krwi w dolnéj połowie brzucha sięgające aż do pępka, jednak bliższego rozpoznania przyczynowego nie postawiono, domyślano się tylko że przyczyną wewnętrznego krwotoku mogło być pęknięcie worka ciąży pozamacicznéj, pewne objawy żadne wykazać się nie dały.

Na preparacie widać lewą trąbkę rozdętą, skrzepem krwi wysterczającym na zewnątrz przez szczelinę, w górze i od przodu trąbki skutkiem pęknięcia powstałą.

Przy bliższem oglądaniu widzieć można wśród skrzepów części pękniętego jaja płodowego, jamkę wyścieloną błonami płodowemi i zawierającą resztki ductus omphalomesaraicus. Macica w dwójnasób powiększona wyścielona znacznie zgrubiałą błoną śluzową. W jajniku prawym corpus luteum verum, a że ciąża znajdowała się po stronie lewéj, możebna była wędrówka jajka zewnętrzna.

Kol. Przewodniczący stwierdza, że pęknięcie jaja nastąpiło ku górze i napowrót i że jajo odpowiada ciąży 3 miesięcznej.

Kol. Cercha dodaje, że u choréj tej badanéj za życia, prócz znacznéj niedokrewności i stłumienia w brzuchu sięgającego do pępka, nic więcéj stwierdzić nie mógł, bo badając przez pochwę, znalazł tylko obniżenie sklepień, a per rectum wypuklenie ku tyłowi przedniéj ściany odbytnicy. Rozpoznał Haematocele

retro uterina, do rozpoznania ciąży zamacicznéj nie miał podstawy.

Kol. Braun przytacza przypadek prof. Obalińskiego ciąży zamacicznéj, gdzie ciąża rozwinęła się po stronie lewéj, choć corpus lut. było po stronie prawéj, a lewy jajnik uległ zwyrodnieniu włóknistemu.

3) Kol. Cercha przedstawił preparat włókniako-mięsaka macicy (fibro-sarcoma uteri) który dał powód do trzechkrotnego wyłuszczenia guza z macicy; guz bowiem tak szybko odrastał, że zanim chora po ostatniem wyłuszczeniu przyszła do siebie i miano się zabrać do wyłuszczenia macicy, już guz był za duży, aby macicę wyjąć przez pochwę, a o laparotomii obok znacznie podupadłego odżywienia, mowy być nie mogło.

Kol. Rydygier stawia wniosek, aby członkowie Towarzystwa ginekologicznego brali udział w posiedzeniach Zjazdu chirurgów polskich, na co się Towarzystwo zgodziło.

XII. Posiedzenie z dn. 3 czerwca 1890.

Przewodniczący: Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 7.

Po odczytaniu protokołów z dwóch ostatnich posiedzeń, przystąpiono do porządku dziennego:

1) Kol. Mars przedstawił preparat anatomiczny macicy w 3 miesiącu ciąży, dotkniętéj rakiem części pochwowéj, wyłuszonej przez pochwę w klinice chirurgicznéj przez prof. Rydygiera. Preparatów podobnych znamy zaledwie trzy, mianowicie jeden opisany przez Hofmeiera, drugi przez Kaltenbacha a trzeci przedstawiony obecnie przez kol. Marsa. Preparat ten zanurzył kol. Mars do alkoholu 99°, a w kilka dni preparat stwardniały przeciął od przodu ku tyłowi na 2 równe połowy. W jednéj z tychże, połowie lewéj, znajduje się płód 9cm. długi, mogący odpowiadać 3 miesiącowi ciąży, otoczony workiem płodowym, zrośniętym ściśle ze ścianami macicy z wyjątkiem dolnego odcinka, gdzie odstaje i jest mocno zgrubiały (odpowiadać to może łożysku); w połowie prawéj jest reszta worka płodowego i łożysko w jednéj połowie zrośnięte z ścianami macicy, w dolnéj połowie umieszczone nizko nad dolnym odcinkiem macicy i niestykające się z macicą, tak, że między

łożyskiem a dolnym odcinkiem macicy jest jamka miseczkowata. Część pochwowa utrzymana, naciekła rakiem w przedniéj wardze. naciek idzie od brzegu ujścia w górę ku pęcherzowi moczowemu. Przewód szyjki zamknięty i nienaciekły nowotworem. Preparat ten bardzo ważny, służyć może dla udowodnienia twierdzenia, że łożysko przodujące nie zrasta się z ścianami macicy w okolicy po nad ujściem wewnętrznem. W danym przypadku przed operacyą robiono wystrzykiwanie jamy macicy za pomocą cewnika elastycznego Nr. 12, przypuszczaćby można że w danym razie prąd wstrzykniętéj wody oddzielił worek płodowy od ścian macicy, chociaż w niniejszym przypadku wydaje się to nieprawdopodobne, bo szyjka macicy przedstawia przewód za wązki dla cewnika tego kalibru który prawdopodobnie był wprowadzony w miąższ nowotworu w którym na przekroju kanał z rozpadu nowotworu powstały jest widoczny. Przypadek ten ogłoszony będzie późniéj gdzieindziéj.

Kol. Przewodniczący twierdzi, że w danym przypadku można było wykonać amputatio cervicis supravaginalis od pochwy, czy nożem, czy galwanokaustyką, gdyż zajętą jest nowotworem część pochwowa. Chora zyskałaby podwójnie, raz uwolnioną byłaby od nowotworu radykalnie, powtóre przez pozostawienie trzonu, możnaby utrzymać może ciążę, a wtedy i chora mogłaby porodzić płód na czasie. Tenże kładzie nacisk, że w każdym przypadku nowotworu macicy trzeba odróżniać wskazania do częściowego i całkowitego wycięcia macicy; okroić zatem wargi, wyciąć część pochwową, lub szyjkę, jeżeli nowotwór ogranicza się na te części, jeżeli zaś i trzon zajęty, to wtedy dopiero wykonać extyrpacyą całkowitą i to w tych tylko warunkach, jeżeli nie ma zakażenia rakowatego całego organizmu, jeżeli zatem w pierwszéj linii nie ma nacieku tkanki omacicznéj gruczołów pachwinowych i pozaotrzewnowych, albowiem wtedy i całkowite wycięcie macicy nie pomoże, zatem tylko należy uśmierzać objawy najdolegliwsze, bóle, krwotoki, odchody cuchnące, a więc odrażać wyskrobać i przyżegać termokauterem Pacquelina miejsca nowotworem zajęte, używać środków kojących i odżywiać chorą należycie.

Kol. Rydygier wychodząc ze założenia, że obecnie niemamy sposobów wskazujących, czy górne warstwy macicy są zajęte, jeżeli nowotwór usadawia się w szyjce, exstyrpuje macicę całą, bo ta metoda wydaje się mu być najpewniejszą, bo najdoszczętniéj usuwa nowotwór.

Kol. Przewodniczący dodaje, że są przypadki, w których nawet exstirpatio totalis jest leczeniem częściowem, a nie radykalnem.

Kol. O b a l i ń s k i radzi, aby w operacyach raka macicy wycinać nowotwór w częściach jak najodleglejszych, powołując się na spostrzeżenia usunięcia raka sutka, gdzie jest najlepszy wynik operacyi wtedy, kiedy wycinamy nie tylko sutek, ale i gruczoły, tłuszczową tkankę, mięśnie pod sutkiem leżące, a nawet i częściowo żebra. Sądzi zatem, że i to samo stosuje się do raka macicy.

Kol. M a r s uważa, że wyłuszczenie całkowite macicy jest leczeniem najdaléj idącem, więc najpewniejszem.

Kol. K o h n podziela zdanie kol. Przewodniczącego, że nienależy dla małego nacieku zaraz wycinać całą macicę.

Kol. R y d y g i e r na podstawie 28 przypadków exstyrpacyi macicy przez siebie wykonanych, z których tylko 2 zakończyły się niepomyślnie i to niezależnie od saméj operacyi, zaznacza, że jest zwolennikiem exstyrpacyi totalis.

Kol. C z a p l i ń s k i przytacza zdanie Veita, który radzi w częściowych zajęciach macicy przez nowotwór, wykonać amputatio cervicis, a gdy szyjka jest zajęta, — wyłuszczyć doszczętnie macicę całą.

Kol. O b a l i ń s k i przytacza przypadek, gdzie wyciął nowotwór części pochwowéj za pomocą amputacyi, a nowotwór w $^1/_2$ roku już zajął cały trzon i otoczenie.

2) Kol. M a r s p r z e d s t a w i ł p ł ó d p e r g a m i n o w y (foetus papyraceus), wydobyty przez niego podczas porodu bliźniaczego.

Wezwany do osoby, która już drugi dzień rodziła, znalazł pierwiastkę 36 lat liczącą silnie zbudowaną. Osoba ta dawniéj zupełnie zdrowa, podczas obecnéj ciąży miewała, począwszy od połowy ciąży od czasu do czasu odchody jużto wodniste, jużteż plamy czerwone, co jednak w ostatnich miesiącach ciąży ustąpiło, tak że w ostatnich dwu miesiącach czuła się zdrową. Badanie brzucha wykazało macicę rozdętą odpowiednio końcowi ciąży, płód w położeniu czaszkowem II. Badając wewnętrznie, znalazł kolega Mars szyję macicy rozdętą, przez część dużą, nierówną, nieodpowiadającą główce. W ujściu zewnętrznem macicy, rozwartem na wielkość 4 centówki, jakby kilka drobnych części płodowych pokrytych wiotko leżącemi błonami płodowemi.

W pierwszéj chwili nie mógł sobie zdać sprawy z badania i dopiero po odsunięciu błon płodowych dokładniej macając część poprzedzającą przekonał się, że w polu badania znajduje się rączka, jednak tak mała, że niemoże odpowiadać płodowi przez powłoki brzuszne rozpoznanemu. W obec tego jak niemniéj

w obec okoliczności, że reszta części badanych dawała właściwe uczucie, rozpoznał: Poród bliźniaczy, w którym płód pierwszy pergaminowy rodzi się w położeniu poprzecznem. — Palcem badającym zahaczył kol. Mars za blisko leżącą pachwinę płodu pergaminowego, ściągnął takową bez oporu do pochwy, poczem płód się niebawem urodził. Pępowinę odcięto tuż przy wargach sromowych matki. Po porodzie płodu pergaminowego szyja macicy się ściągła i sterczała lejkowato do pochwy, w któréj czuć przez stojący pęcherz płodowy główkę płodu drugiego, która do wchodu miednicy zstąpiła. Dalszy przebieg porodu pozostawiono siłom natury. Przerwa pomiędzy porodem pierwszego i drugiego płodu trwała 48 godzin. Przez ten czas uformowała się część pochwowa, która dopiero ponownemi bólami wygładzoną została. Do porodu drugiego płodu ponownie wezwany kol. Mars spostrzegł, że w pochwie pępowiny płodu pierwszego niebyło, ujście znalazł na trzy palce w średnicy rozwarte, wypełnione główką stojącą w wysokości próżni miednicy. Dopiero gdy ujście było zupełnie rozwarte odnalazł kol. Mars pępowinę płodu pierwszego od tyłu i od strony lewéj. Płód drugi, żywy donoszony urodził się siłami natury, poczem niebawem wystąpiły oba popłody. Łożyska leżały oddzielone, błonami połączone, dwom jajom płodowym odpowiadające. Pępowina płodu pierwszego okazuje zakończenie równo odcięte tak, że przerwania późniejszego przypuścić niemożna.

Poród był prawidłowy. Po porodzie pierwszego płodu pępowina sterczała ze szpary sromowéj, poczem przed porodem drugiego płodu cofnęła się, a właściwie wysunęła się tak mocno do góry, że już podczas porodu drugiego płodu wymacać jéj nie można było. Przypadek ten może służyć za dowód, że dolny odcinek macicy nie tworzy się, jak niektórzy autorowie twierdzą podczas ciąży w drugiéj téjże połowie, ale dopiero podczas porodu. Pierwszy płód wydobyty sztucznie, na początku wytwarzania się dolnego odcinka macicy, pępowina sterczy ze szpary sromowéj, następuje dobrowolny poród płodu drugiego, wytwarza się dolny odcinek macicy, pierścień skurczowy idzie ku górze a tem samem wysuwa się ku górze łożysko i pociąga za sobą pępowinę. Skoro ujście rozszerzone, główka do pochwy zstępuje, zstępuje i pępowina płodu pierwszego.

XIII. Posiedzenie z dn. 1 lipca 1890.

Przewodniczący: Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 5, jako gość Dr. Piasecki z Galaczu.

Po przeczytaniu protokółu z ostatniego posiedzenia przystąpiono do porządku dziennego.

1) Na zaproszenie Wydziału gospodarczego VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, aby Towarzystwo ginekologiczne utworzyło sekcyę ginekologiczną i zajęło się przygotowaniem odpowiednich referatów, uchwaliło Towarzystwo, aby w skład gospodarczy sekcyi ginekologicznéj wszedł jako przewodniczący: Prof. Madurowicz, zastępca przewodniczącego: Dr. Mars, sekretarze: Dr. St. Braun i Dr. M. Cercha i postawić na porządku dziennym następujące referaty:

a) Hyperemesis gravidarum (referat objął kol. Kohn), *b*) O postępowaniu w przypadkach pęknięcia macicy, (kol. Braun), *c*) O leczeniu włókniaków macicy, (kol. Cercha), *d*) O postępowaniu leczniczem w niestosunku porodowym wyższego stopnia, (kol. Mars).

2) Kol. Kohn odczytał rzecz: „Ichthyol w ginekologii“.

W odczycie tym kol. Dr. Kohn po przytoczeniu dotychczasowéj literatury i wyjaśnieniu genezy i składu chemicznego tego preparatu i jego odmian opowiada swoje obserwacye o jego użyciu leczniczem i skutkach robione na 38 przypadkach chorób kobiecych już to ostrych, już to przewlekłych, bądź zapalnéj, bądź zakaźnéj natury. Wyjaśnia dawki i rozmaity sposób użycia leku i przychodzi do wniosku odmiennego nieco od zapatrywań kliniki Strassburgskiej i uważa Ichthyol za znakomity lek wysuszający, działający mianowicie nader szybko przy Vaginitis blenorrh. lub catarrhalis. Za lek kojący wcale uchodzić nie może, a jako lek pobudzający wessanie niczem nie przewyższa gliceryny lub soli jodowych. Z dawkami należy być ostrożnym, gdyż przez zbytnie wysuszenie niszczy łatwo błonę śluzową i daje przez to powód do ran.

W dyskusyi Kol. Cercha uważa dobre działanie ichtyolu w vaginitis nie w działaniu jego hygroskopijnem, ale drażniącem; nakładanie pręcików do szyjki uważa jako działanie podobne do środków pęczniejących.

Kol. Przewodniczący uważa Ichtyol jako środek wysuszający.

XIV. Posiedzenie z dn. 21 paźdz. 1890.

Przewodniczący: Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 5.

I. Odczytano protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Profesor Obaliński przedstawił:

a) Okaz anatomiczny z przypadku ciąży pozamacicznéj, który operował przed 6 tygodniami na oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza. Chora, od któréj pochodzi preparat, miała w maju 1890 r. ostatnią regularność prawidłową, przez następne 3 miesiące odpływała z niéj ciecz krwawa w skąpéj ilości pochwą, a od czasu do czasu doznawała bólów w dolnéj połowie brzucha. W sierpniu nagle omdlała, lekarz wezwany docucił ją zaledwie i rozpoznał krwotok wewnętrzny z niewiadoméj mu przyczyny. Przypuszczał poronienie, bo wydobył z pochwy kawałek tkaniny ciemnéj z krwią skrzepłą zmieszany. co uważał za płód. Chora przybyła we wrześniu do Krakowa i w oddziale położniczym stwierdzono guz nad prawą pachwiną, wielkości 2 pięści, zbitości elastycznéj, bolesny, nieruchomy; przez pochwę stwierdzono sklepienie przednie i boczne prawe mocno zepchnięte ku dołowi i naciekłe, naciek był dość twardy, zbity, zrośnięty ze ścianą błony śluzowéj pochwy, macicę znaleziono w przodozgięciu, zepchniętą na stronę lewą, lekko powiększoną. Ciepłota ciała podniesiona, tętno drobne, nikłe. Na podstawie wywiadów i stanu podmiotowego rozpoznano: krwotok wewnętrzny w skutek ciąży pozamacicznéj z wypociną, prawdopodobnie po części zropiałą. Przeniesiono chorą na oddział chirurgiczny, gdzie dla skonstatowania zawartości, wyciągnięto strzykawką Pravaza płyn. który był za pierwszą punkcyą krwawy, w dni kilka przy drugiéj punkcyi posokowato ropnym. W przypuszczeniu, że guz jest już zupełnie zrośnięty z otrzewną ścienną nad prawą pachwiną, poprowadził Prof. Obaliński cięcie równoległe z więzem Pouparta i tuż nad nim sposobem Bardenheuera oddzielił otrzewnę ku górze i znalazł guz złożony z skrzepów krwi. Po wyjęciu skrzepów pokazało się, że w jednem miejscu otrzewna pękła, że zatem sztuczna ta jama komunikuje zapomocą otworu z jamą brzuszną. Aby ten otwór zamknąć, zrobił cięcie w linii środko-

wéj i połączył oba cięcia, przez co mógł odchylić powłoki brzuszne w kształcie płatu na zewnątrz, zabezpieczył dokładnie jamę otrzewny przez szereg szwów i wtenczas dopiero wyjął z owéj jamy sztucznéj płód kilkanaście ctm. długi. Jamę wytamponowano gazą jodoformową. Chora ma się dobrze. W przebiegu dalszym zaszły 2 komplikacye, a mianowicie: *a*) porażenie mięśni prostujących przedramienia prawego, o którem trudno powiedzieć czy jest pochodzenia centralnego czy obwodowego, z powodu że jest ograniczonem do jednego nerwu. *b*) W kilka dni po operacyi znaleziono w jamce wśród gazy jodoformowéj glistę (ascaris lumbricoides).

Kol. Mars zwraca uwagę, że płód jest długi 9 cm. coby odpowiadało 3 miesiącom ciąży i że na płodzie suchym są pierwsze objawy zwapnienia płodu. Co do przejścia w danym przypadku glisty, przytacza przypadek peritonitis saccata z kliniki ginekologicznéj prof. Madurowicza, gdzie po otwarciu worka wyszły 3 glisty. Żyjątka te przechodzą zwykle przez wrzody jelitowe do jamy brzusznéj.

Kol. Rydygier dodaje, że w danym razie trudnoby przypuścić, że porażenie zginaczy ręki (flexores manus) pochodzi z embolii mózgowéj, należy przyjąć że pochodzi od ucisku, wywartego przypadkiem w łokciu na nervus radialis.

Kol. Cercha zaprzecza żeby tu był początek lithopaedion, bo płód wyjęty był zupełnie miękki, soczysty, a wyschnięcie płodu pochodzi od zanurzenia płodu w alkoholu.

b) Kol. Obaliński przedstawił 2 przypadki wyłuszczenia macicy podotrzewnowego w rakach szyjki macicy i poleca, aby tę metodę stósować w przypadkach, gdzie są zrosty znaczne macicy z otoczeniem jak z pęcherzem moczowym, macica bardzo duża, parametria zajęte, aby tym sposobem zapobiedz zakażeniu otrzewnéj przez rozpad nowotworu, powtóre, że otrzewna utrzymana zapobiega, jak to było w jednym przypadku Prof. Obalińskiego, wypadnięciu jelit, jeżeli są wymioty uporczywe, sądzi jednak, że ten zabieg jest trudniejszy, niż wyjęcie całkowite trzonu macicy. W każdym razie chroni ona od zranienia pęcherza i moczowodów, które nie tak rzadko wydarzają się wśród wyjęcia całéj macicy przez pochwę.

Kol. Rydygier twierdzi, że typowe wyłuszczenie macicy doszczętne jest racyonalniejsze, bo daje nam rękojmię dokładniejszego usunięcia nowotworu, jeżeli ten usadawia się w otrzewny. Co do krwotoku, to ten należy przez podwiązki pierwéj dokładnie powstrzymać, bo krew nagromadzona może i tak otrzewnę przedziurawić i dostać się do brzucha.

Kol. Mars jest tego zapatrywania co kol. Rydygier, choć uważa że podotrzewnowe wyłuszczenie nadaje się do wyjątkowych przypadków, a mianowicie jeżeli parametria są zajęte, aby zapobiedz zakażeniu otrzewnéj.

Kol. Przewodniczący byłby w jednym z tych przypadków, gdzie rak usadowiony był na wardze części pochwowéj, wykonał amputatio port. vaginalis.

III. Kol. Mars przedstawił preparat anatomiczny macicy wyciętéj per vaginam z powodu adenoma destruens przedniéj ściany trzonu macicy. Osoba 60 lat licząca cierpi od 5 lat na skąpe czerwone upławy. Przed 4 miesiącami wyszedł twór o budowie drobnowidowéj: adenoma carcinomatosum. Przed kilkoma dniami stwierdzono, że macica jest znacznie powiększona i dla stwierdzenia rozpoznania, rozszerzono szyjkę macicy rozszerzadłami Hegara i wyskrobano tkaniny nowotworowéj sporą ilość, która pod drobnowidem wykazała: adenoma destruens. Z tego powodu w 4 dni późniéj wycięto macicę z dobrym wynikiem.

IV. Kol. Obaliński przedstawił preparat raka, wyszłego z sieci który zrósł się z żołądkiem i kiszką poprzeczną, którą resekował, poczém część jéj górną wszył w ranę brzuszną, dolną zaś zapuścił do brzucha. — Jakkolwiek przypadek ten uważał z góry za nie kwalifikujący się do operacyi, to podjął ją jednak tylko w tym celu, aby usunąć choć część nowotworu i ulżyć choréj w okropnych cierpieniach.

XV. Posiedzenie z dn. 4 listopada 1890.

Przewodniczący: Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 6.

I. Odczytano protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Kol. Mars przedstawił pod drobnowidem następujące preparaty:

a) Pasorzyt zwany włoskowiec, usadawiający się w sromie i w dolnéj połowie pochwy *(leptothrix vaginalis)*, jako środek skuteczny przeciw temu pasorzytowi uważa kol. Mars acetum pyroliquosum crudum, stosowany wprost na błonę śluzową sromu i pochwy macicznéj.

b) Preparat drobnowidowy *endometritis glandularis*, gdzie gruczoły uległy znacznemu rozrostowi.

c) Preparat *endometritis haemorhagica*, gdzie liczba gruczołów mała, a między niemi w przestworach miąższu ciałka krwi nagromadzone w wielkiéj ilości.

d) Preparat *endometritis interstitialis*, gdzie tkanka podścieliska uległa naciekowi drobno komórkowemu, a gruczoły między naciekiem zanikły.

e) Preparat drobnowidowy *pyosalpinx*, gdzie warstwa mięsna zgrubiała, a błona śluzowa naciekła.

XVI. Posiedzenie z dn. 2 grudnia 1890.

Przewodniczący Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 6, jako gość Prof. Dr. N. Cybulski.

---

1) Odczytano protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. Mars interpeluje co do wydawnictwa Pamiętnika i stawia wniosek, aby sprawa ta została załatwioną jeszcze przed rocznem posiedzeniem administracyjnem w styczniu.

3) Kol. Przewodniczący przypomina, że na zebraniu rocznem mają przedstawić sprawozdanie sekretarze, a z funduszu Towarzystwa Kolega podskarbi.

4) Kol. Mars przedstawił preparat bardzo rzadki, bo znany dotąd zaledwie w 2 przypadkach bardzo wczesnéj ciąży, bo najwyżéj 2—3 tygodniowéj. Historya tego preparatu jest następująca: Wieloródka, która rodziła 2 razy na czasie, a któréj podczas każdorazowéj ciąży groziło poronienie, tak, że musiała parę miesięcy przeleżeć w łóżku, podaje, że z powodu cierpienia macicznego długi czas wstrzymywała się od spółkowania; po długiéj przerwie spółkowała raz parę dni przed regularnością, która już nie wystąpiła. W parę dni po regularności zatrzymanéj doznała gwałtownych bolów, wśród których wyszedł jakiś strzępek, który późniéj doręczony został kol. Marsowi. Tenże z Prof. Cybulskim zanurzył ten strzępek do sublimatu zmięszanego z kwasem chromowym, a po stwardnieniu preparatu rozcięto takowy i badano pod drobnowidem. Makroskopowo przedstawiał się preparat jako strzępek błony doczesnéj, na któréj leżał pęcherzyk jaśniejszy, długi 19 mm., szeroki 15$^1/_2$ mm. a głęboki 9 mm., otoczony w dole do połowy wysokości fałdem jakby błoną doczesną zagiętą. Po

rozcięciu pęcherzyka wypłynęła ciecz surowicza, a na wnętrzu woreczka znaleziono 2 białe punkciki, ściśle z osłonką zrośnięte, z których jeden badany pod drobnowidem wykazał, że składał się z komórek charakterystycznych dla pęcherza żołtkowego w stanie rozpadu. Rozpoznano jajo płodowe wczesne, z którego skrawek wycięty ze ścian a badany przez Prof. Cybylskiego pod drobnowidem wykazał: kosmówkę, któréj kosmki wchodzą w gruczoły błony śluzowéj macicy. Preparat drobnowidowy przedstawił Prof. Cybulski obecny jako gość na posiedzeniu. Gruczoły są mocno i licznie rozwinięte, i wypełnione komórkami, jakby śluzakowato zwyrodniałemi. Błona doczesna prawdziwa i zagięta jest mocno zgrubiała, błona doczesna późniejsza bardzo ścieńczała.

W pęcherzyku tym nieznaleziono zarodka, który prawdopodobnie rozpuścił się w wodzie płodowéj, a pęcherzyk przedstawia się obecnie jako jajo puste. Porównywając jajko to z jajkiem Reicherta, które było długie 12 mm., Winckla długie 15 mm, trzeba przyjąć, że jajko to odpowiada 3 tygodniom ciąży. Przyczyną obumarcia płodu był krwotok między kosmówką a doczesną.

b) Następnie kol. Mars przedstawił jajko płodowe którego płód jest 2 cm. długi, ma wyraźnie zaznaczoną główkę, koniec ogonowy, po bokach wyrostki będące zawiązkami kończyn, na których nie ma jeszcze rozdziału na palce jama trzewowa zamknięta, sznurek pępowinowy długi, nisko na brzuszku umieszczony. Jajko to zostało wyjęte z macicy kobiety, zmarłéj z powodu innéj przyczyny.

Kol. Przewodniczący Madurowicz przedstawił preparat dwugłowca (*Dicephalus*), który składa się z jednego prawidłowego donoszonego płodu, na którego prawym barku przyczepiona jest główka druga.

Główka lewa sino-czerwona, z przedgłowiem w okolicy ciemienia małego, jest dużą, twardą, wydłużoną w wymiarze ukośnym dużym, skróconą w wymiarze ukośnym małym i świadczy że główka ta wychodziła w położeniu czaszkowem.

Druga główka, prawa, mniejsza, spłaszczona od przodu ku tyłowi, okazuje wyraźne wpuklenie za uchem prawem, wchodzi z łatwością w zagłębienie na boku prawym tułowia za barkiem prawym i jest zupełnie blada.

Co do szczegółów porodowych, to historya porodu według doniesienia lekarza na prowincyi, który był wezwany po porodzie, jest następująca: Potwór powyższy pochodzi od kobiety 35 lat liczącéj, aż do porodu zawsze zdrowéj, pierwszy raz ro-

dzącéj, u któréj po upadnięciu 8 listopada wieczorem odpłynęły wody płodowe, a w 8 dni późniéj t. j. 16 listopada wystąpiły dopiero bóle porodowe pod wieczór i rano już był poród ukończony. Bóle porodowe miały być bardzo silne; co do ruchów płodowych, to takowe były wyczuwalne aż do porodu. Podług opowiadania położnéj miała wyjść najpierw główka lewa, potem była dłuższa przerwa, ostatecznie akuszerka wyciągnęła obie rączki, a wtedy nagle wystąpiła główka druga z tułowiem. Po porodzie płodu, który nie dawał znaków życia, miał wkrótce odejść popłód. Połóg przebiegał prawidłowo.

Podobnych przypadków nie napotyka się wiele, bo w roczniku Frommla z ostatnich 3 lat odnaleść można zaledwie dwa t. j. jeden przypadek Freunda, drugi Grönlunda.

Przypadek Freunda dotyczył pierwiastki, u któréj również przed wystąpieniem bolów porodowych na 8 dni odpłynęły wody i urodziła się najpierw jedna główka z potylicą pod spojenie łonowe zwróconą, potem nastąpiła przerwa. W 10 godzin późniéj wezwany Freund wyczuł drugą główkę nad spojeniem i rozpoznał bliźnięta, odsunął główkę drugą, a za główkę pierwszą pociągał, lecz nadaremnie, wtedy dopiero rozpoznał potwór, odciął główkę urodzoną, na drugą główkę założył kleszcze i w ten sposób poród ukończył. Również jak w naszym przypadku znalazł obie główki płodu doniesionego nierównéj wielkości, a kręgosłup w górze rozdzielony, w dole w okolicy 7 kręgu szyjnego wspólny. Przypadek ten zdarzył się w Węgrzech. Przypadek Grönlunda dotyczył również pierwiastki, u któréj urodził się najpierw jeden płód żywy w położeniu czaszkowem, potem ustawiły się nóżki, za które pociągając wydobyła akuszerka płód po główkę i daléj wyciągnąć nie mogła. Wezwany Grönlund znalazł 2 główki, które same po chwili urodziły się w ten sposób, że jedna weszła pod bródkę główki drugiéj.

Co do postępowania w danych przypadkach, są zapatrywania poszczególnych autorów rozmaite i tak:

C. Braun, Spiegelberg i Hohl radzą o ile można jak najdłużéj wyczekiwać, zresztą obrót na nóżki, który nawet po wystąpieniu jednéj główki udaje się, najmniéj zalecają kleszcze, które mogą być założone na główce drugiéj — jeżeli jest przeszkoda porodowa. Wymożdżenia i wypaproszenia, względnie oddzielenia główki nie radzą chyba w wyjątkowych przypadkach. Cięcie cesarskie jest w danym razie dla samego potwora przeciwskazane, bo rodzą się płody nieżywe lub niezdolne do życia. Schroeder radzi w podobnym razie decapitatio i obrót na nóżki. Zweifel poleca po urodzeniu się pierwszéj główki ciągnąć za bark w stronę

główki drugiéj, aby w ten sposób ułatwić wytworzenie się dobrowolnego wytoczenia się płodu (evolutio spontanea).

Co do rokowania to jest tem niekorzystniejsze im silniejszy jest płód, im większe zniekształcenie, im poród więcej postąpił, im więcéj niestósowną była pomoc sztuczna, im późniejsze rozpoznanie, im słabsze bóle porodowe.

Z początku rozpoznaje się zwykle bliźnięta, a dopiero gdy jest zawada porodowa, to ręka wprowadzona do jamy macicznéj wyjaśnia rzeczywiste stosunki.

Ważne jest oznaczenie płci; jeżeli to jest niemożebne po porodzie, to oznacza się ją w czasie dojrzewania płciowego.

Prof. Cybulski radzi badać u podobnych potworów jak się zachowuje system nerwowy i kręgosłup.





Kraków, 1891. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.